Ю.А. АЛЕКСАНДРОВСКИЙ

ГЛАЗАМИ ПСИХИАТРА

Второе, дополненное издание

МОСКВА
«СОВЕТСКАЯ РОССИЯ»
1985

Рецензент — заслуженный деятель науки РСФСР,
доктор медицинских наук, профессор **М. М. Кабанов**

Рисунки **Е. С. Шабельника**

Оформление **В. М. Ильина**

А $\frac{4124030600-051}{М\text{-}105(03)85}$ 50—85

ПРЕДИСЛОВИЕ

В 1968 году издательство «Советская Россия» выпустило мою книгу «Человек побеждает безумие», а спустя девять лет — «Глазами психиатра». В обоих изданиях рассказывалось об истории становления психиатрии как науки, современных взглядах на природу психических болезней и их лечение. Несмотря на достаточно большой тираж, книги быстро исчезли с полок магазинов, а в адрес издательства и ко мне стало поступать множество писем.

Особенность многих психических заболеваний заключается в том, что человек нередко не осознает, что с ним происходит, а его поступки, как правило, дезорганизуют нашу жизнь, оказываются даже опасными как для самого больного, так и для окружающих.

Всем хорошо известные определения — раздражительный, взрывчатый, нетерпеливый, замкнутый, эмоционально холодный и так далее — это в ряде случаев просто выражение особенностей характера человека, отдельные черты которого заостряются под влиянием каких-либо внешних условий. В других случаях неожиданное появление несвой-

ственных ранее характерологических качеств может служить тревожным сигналом. Такие же нарушения, как безотчетное возбуждение, депрессия, галлюцинации, бред, слабоумие, говорят сами за себя.

Каков бы ни был «диапазон» психических нарушений — начиная от повышенной раздражительности и кончая психомоторным возбуждением, галлюцинаторными и бредовыми расстройствами,— люди, окружающие больного, вынуждены общаться с ним. Понимая или не до конца осознавая причины изменения поведения человека, «подстраиваясь» к нему или, наоборот, протестуя, родные, близкие, знакомые, а иногда и незнакомые испытывают потребность в совете специалиста. Где искать грань между нормой и болезнью? Как надо себя вести с психически больным? Какие меры следует принимать для его скорейшего выздоровления? При учете того, что психическим болезням подвержены сотни тысяч людей во всем мире, становится ясно, что названные проблемы для очень многих представляют непосредственный интерес. Вероятно, это и является одной из причин, привлекающих читателей к научно-популярным изданиям, посвященным психиатрии, в том числе и к книгам «Человек побеждает безумие» и «Глазами психиатра».

Часто в письмах ставились конкретные вопросы о диагнозе и лечении, содержались просьбы о прямом содействии, в связи с чем я попал в сложное положение, ибо оказывать врачебную помощь по переписке невозможно. Самое правильное — отвечал я — обращаться за консультацией в психоневрологические диспансеры или больницы. Но мои адресаты... обиделись. Как это автор не понимает, что, живя в районе, городе и даже в республике, «стыдно» пойти к «местным» психиатрам, ибо молва о «сумасшедшем» не только испортит жизнь самому заболевшему, но и может наложить «тень» на репутацию всей семьи. Поэтому меня и просили организовать «тайную» консультацию в Москве. Между тем, судя по описываемым симптомам, некоторые из «скрываемых больных» уже давно страдали выраженными психическими расстройствами и нуждались в скорейшем лечении.

Письма подобного рода свидетельствуют о том, что, к сожалению, еще живучи определенные предрассудки по отношению к пациентам врачей-психиатров. Истоки таких предрассудков следует искать в глубокой древности, когда считали, что умалишение и сумасшествие фатально предопределены божественным влиянием, злонамеренным колдовст-

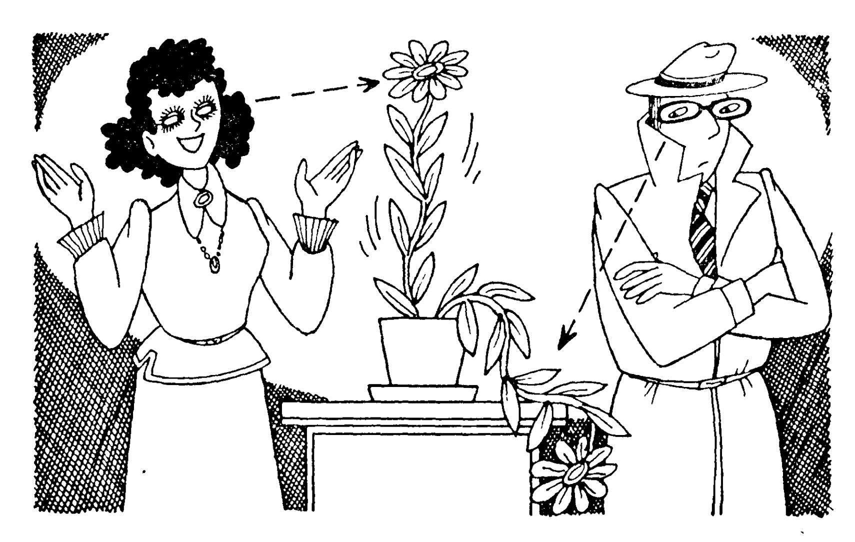
вом. В наше же время, когда восторжествовало понимание того, что «во всем виноват» головной мозг, эта точка зрения — о «богом обиженных» — вряд ли сохранила ярых приверженцев. Гораздо большее число людей из-за своей неосведомленности, отсутствия хотя бы элементарных знаний, по традиции представляя психиатрическую больницу не иначе как «сумасшедшим домом», в котором «хуже, чем в аду», и не веря в возможность ничего «исправить», стараются оградить больного от «позора». В силу этого как он сам, так и его родственники непозволительно оттягивают момент обращения за помощью. Интересы больного и его лечение отходят на второй план: лишь бы не быть в «сумасшедшем доме», не числиться «ненормальным».

Убедившись лишний раз в этом по полученным письмам и думая о непреходящей значимости популяризации знаний в области современной психиатрии, я решил заняться дополнением книг. К тому меня побуждала и другая часть писем — отзывов и рецензий, в которых отмечались недостатки и допущенные неточности, выражались разные пожелания. Например, читатели просили подробнее осветить вопросы современной психиатрии и пути их решения как у нас в стране, так и за рубежом, углубить разговор об основах характера человека, правильном понимании нормы и патологии личности и т. п. Хотелось объяснить «первопричину» того, почему определенная мысль приходит в голову одному человеку и минует другого, почему в одинаковых ситуациях люди ведут себя по-разному, и многое из того, что относится к загадкам психики.

Пытаясь «вдуматься» в эти вопросы при дополнении отдельных глав, я все больше уходил в сторону от прежней идеи — документально рассказать о достижениях психиатрии — и сбивался на размышления о человеке и его особенностях, о механизмах сознания, памяти, мышления... Помимо прочего, для меня это был важный стимул шире взглянуть на свою специальность, на ее место в медицине и роль в повседневной жизни. И еще я учитывал, что сегодняшний читатель научно-популярной литературы вообще и медицинской в частности подготовлен не только для знакомства с азбучными истинами, но и для серьезных раздумий вместе с автором над сложными и еще не решенными проблемами.

При подготовке второго издания появилась возможность как бы в динамике, за два последних десятилетия, проследить эволюцию взглядов на нервно-психические расстройства, в какой-то мере заново систематизировать и переосмыс-

лить собственные представления о психиатрии. Это связано как с объективным развитием психоневрологии, так и с моей субъективной оценкой накапливаемых данных. Читатель познакомится и с гипотезами, предположениями, догадками, для которых еще нет достаточно обоснованной системы доказательств, но которые, хотя, может быть, и робко, уже «стучатся в дверь». Надеюсь, что рассказ о них привлечет внимание специалистов смежных областей знания к «внутренним» нуждам психиатрии, включит их в творческий поиск, побудит принять участие в раскрытии пока не познанных тайн психической деятельности человека.



Глава 1

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХИАТРЫ

ОДЕРЖИМЫЙ ДЬЯВОЛОМ — БЛАЖЕННЫЙ — БОЛЬНОЙ

Психиатрия как наука сформировалась относительно недавно — немногим более 150 лет назад, когда появились первые научно обоснованные представления о болезненных нарушениях психической деятельности человека. Однако в качестве особой ветви практической медицины она получила признание значительно раньше. Это было обусловлено необходимостью оказания помощи людям с психическими расстройствами. На всех этапах становления и развития психиатрии на нее в большей мере, чем на все другие области медицины, влияли господствовавшие религиозные, философские, мировоззренческие взгляды. Именно с этим связаны драматические, а порой и трагические ее страницы, судьбы и жизни психически больных. Дело в том, что во время психической болезни в одних случаях резко, в других — постепенно могут меняться характерные свойства личности человека, а многие его поступки становятся непонятными, не соответствующими, а иногда и противоречащими окружающей обстановке. В результате трудоспособность падает, заболевший перестает быть нужным и полезным людям. От-

ношение здоровых к таким больным и уход за ними всегда так или иначе отражают гуманность и степень культуры общества; они занимают в борьбе с психической ненормальностью не последнее место.

Здесь, по существу, можно выделить два периода. Первый из них — донаучный — продолжался веками и сводился лишь к избавлению от больных (или, как это ни парадоксально звучит сейчас,— к обожествлению и преклонению перед ними). Во втором периоде успехи науки сделали возможным понимание сущности психических заболеваний, их лечение и способствовали возвращению к полноценной жизни многих людей, перенесших психозы.

История дает достаточное количество фактов, свидетельствующих о проявлениях психических нарушений у древнейших предков современного человека. Например, ветхозаветные предания Библии повествуют о том, что у царя Израиля Саула, жившего за 2000 лет до нашей эры, периодически наступали приступы тоски. У одного из вавилонских царей — Навуходоносора — безумие выражалось в том, что он не брил бороду, одиноко скитался, «как вол», по пастбищам, питался травой. В классической мифологии упоминается о «тяжелом недуге, помутившем разум» трех юных дочерей царя Прэта, которые ушли из дома, бродили по лесам и утверждали, что они превратились в коров. В другом месте рассказывается о том, что израильский царь Давид, еще до восхождения на трон, вел себя по меньшей мере «странно» — пускал слюну по бороде, царапал двери и т. д. В Вавилонском кодексе законов Хаммурапи, созданном приблизительно за 1900 лет до нашей эры, встречается четкий набор признаков эпилептического припадка, называвшегося в то время болезнью «бенну». Исторические описания и легенды пестрят ссылками на особые купания в священных источниках, специальные амулеты, жертвоприношения, совершавшиеся, по-видимому, не вполне нормальными людьми. В древних рукописях более позднего времени удается обнаружить не только точную картину психических расстройств, но и некоторые способы их лечения, с успехом применяемые и сегодня. Так, в рукописях Низами, относящихся к 1155 году, перечислены 12 человек, на которых воздействовали различными психотерапевтическими приемами. В частности, один юноша, страдавший меланхолией, был подвержен бреду превращения в корову и долго отказывался от всякой еды. Ему взялся помочь, почти 1000 лет назад, знаменитый ученый, философ и врач Востока Ибн Сина (Авиценна). В длительных бесе-

дах он хотя и не сумел устранить бред, но изменил его направленность и переориентировал больного. В результате юноша стал принимать пищу, поведение его нормализовалось. В наши дни аналогичные беседы — в арсенале специальных психотерапевтических методов лечения.

Можно довольно легко представить себе, что психические расстройства оказывали сильнейшее впечатление на воображение неразвитого человека. Как и все другие необъяснимые явления природы, они вызывали страх и тревогу, порождали фантазии, в которых обожествлялось все неизвестное и объединялось с мистическими представлениями о сверхъестественной силе. Вот почему и тоска израильского царя Саула, и безумие вавилонского правителя Навуходоносора, и помутнение разума у дочерей Прэта, и многие другие аналогичные «факты» на протяжении тысячелетий объяснялись божественным влиянием.

Психически больных в зависимости от их высказываний и поведения люди представляли себе как одержимых злым духом или как пророков, святых, блаженных и т. д. От этого зависела и судьба больного: «святых» почитали, из «одержимых» изгоняли злых духов, а иногда и уничтожали их.

Первый шаг на пути к научному пониманию психических расстройств был сделан во время расцвета Древней Греции и Рима. Высокая культура, поощрение научных трактовок окружающих явлений дали толчок развитию материалистического подхода ко многим вопросам. Благодаря этому великие врачи и мыслители — Демокрит, Гиппократ, Гален, математик Пифагор и другие считали мозг центром психической деятельности человека и признавали, что его изучение относится к компетенции медицины. Гиппократ писал: «Надо знать, что, с одной стороны, наслаждения, радости, смех, игры, а с другой стороны, огорчения, печаль, недовольства и жалобы — происходят от мозга... От него мы становимся безумными, бредим, нас охватывают тревога и страхи, либо ночью, либо с наступлением дня».

Авл Корнелий Цельс, живший в Риме в I веке нашей эры, охарактеризовал три вида состояний болезненного безумия — френит (остро возникающие и сопровождающиеся высокой температурой психические нарушения), меланхолию (депрессивные, обычно циклически наступающие расстройства) и искаженное мышление, изменяющее восприятие окружающего. Особо выделялась мания, на редкость четко представшая в работах древнегреческого врачевателя и историка Сорана. Вчитаемся в его трактат, а позже, когда на

страницах этой книги зайдет разговор о современных характеристиках основных психозов, сопоставим их описания, разделенные между собой почти двумя тысячелетиями. Итак, мания в интерпретации Сорана.

Задолго до ее наступления «можно отметить некоторые предвестники приближающейся беды: тяжесть в голове, потеря аппетита или, наоборот, прожорливость и вздутие живота; далее — учащение пульса, ослабление зрения, искры в глазах, плохой сон с тягостными сновидениями, тревожное состояние, недоверчивость, раздражительность по ничтожным поводам... На высоте болезни появляется бред то веселого, то печального содержания, с идеями бессмысленного чванства или ребяческими страхами. Фразил, сын Пифадора, думал, что ему принадлежат все суда, стоявшие в Пирее. Ученик грамматик Артемидор, увидев растянутого на песке крокодила, вдруг вообразил, что гад съел его руку и ногу. Некоторые больные уверяют, что они превратились в воробьев, петухов и в глиняные сосуды; другие считают себя ораторами, трагическими актерами, а третьи, потрясая пучком соломы, заявляют, что держат в руках скипетр мира, или же, как новорожденные дети, кричат и просятся на руки к матери. Попадаются и такие, которые боятся выпускать мочу из опасения вызвать потоп.

Уже внешний вид этого рода больных указывает на расстройство душевной деятельности: они поражают пристальным и беспокойным взглядом своих кровью налитых глаз, красным цветом глаз, вздутыми жилами. Во всем организме заметны напряжения, исходящие от головы. Пусть некоторые врачи думают, что в таких случаях раньше всего заболевает душа, это ошибочно: причина болезни чисто телесная; еще ни один философ не сумел выработать предписания (т.е. как логическим убеждением заставить изменить болезненное поведение.— *Ю. А*), как лечить помешательство»[1].

Оставленные Цельсом, Сораном, другими выдающимися учеными картины психических расстройств, несомненно, отражали клиническую реальность, являлись результатом наблюдательности, умения анализировать и обобщать. Именно поэтому к ним многократно возвращались в прошлом, они не устарели и сегодня, с учетом, конечно, их нового терминологического оформления, дополнительных симптомов, изучения динамики развития.

В I веке нашей эры греко-римской психиатрии был из-

[1] Цит. по кн.: Каннабих Ю. История психиатрии. М., 1929, с. 51.

вестен не только «внешний облик» многих психических нарушений, но и их смена на протяжении заболевания. На этой основе специалисты могли составлять прогноз течения болезни. Вот пример, взятый из сочинений Артея. Говоря о меланхолии, он обращает внимание на то, что наряду с «подавленным состоянием, при наличии той или иной неправильной (бредовой) идеи и при отсутствии лихорадки», но при достаточной продолжительности болезни постепенно усиливается равнодушие ко всему окружающему, наступает полное отупение...[1] Такая тенденция свойственна по нынешним представлениям шизофрении и служит одним из кардинальных признаков этого наиболее тяжелого, хотя и многоликого в своем выражении недуга.

Врачи древности были хорошо осведомлены об особенностях протекания разных психических заболеваний, однако лучше всего, пожалуй, они разбирались в эпилепсии. Тот же Артей заметил, что систематически повторяющиеся судорожные припадки в конце концов вызывают у больных «бледно-свинцовый цвет лица, неясность восприятия органов чувств, медлительность в своих мыслях и неловкость в словах... Они влачат тяжелые дни и безотрадные ночи, полные страшных видений, а когда они достигают среднего и более преклонного возраста, то очень часто всем становится очевидным, что их умственные способности пострадали...»[2]. Ряд древних авторов, подчеркивая крайне разнообразный характер «падучей» болезни, не исключали возможности появления у эпилептиков подозрительности, злобности, мстительности, приводящих к немотивированным нападениям, убийствам и прочим непредсказуемым, но катастрофическим по своим последствиям действиям... В современных учебниках психиатрии при описании форм эпилепсии можно найти практически те же симптомы.

Любопытны имевшиеся в древности сведения об истерии. В папирусе из Кахун (около 1900 г. до н. э.) отмечаются эмоциональная неуравновешенность у женщин и в общем-то все знакомые нам отклонения истерической природы. Сам термин «истерия» дал позже Гиппократ (по-гречески hystera — матка). В то время господствовали представления о блуждающих в теле (в буквальном смысле) органах, а матка, по мнению египетских врачей, была и вовсе независимым организмом. Ее перемещения вверх и ее голод будто бы обусловливали истерию. Исходя из этого и строилась врачеб-

---

[1] См.: Каннабих Ю. История психиатрии, с. 43.

[2] См. там же, с. 48.

ная тактика. Половые органы женщины и нижнюю часть живота смазывали и окуривали благовониями, чтобы «привлечь матку». Одновременно заболевшую заставляли вдыхать зловонные средства и принимать внутрь вещества с отвратительным вкусом, чтобы «отогнать матку» на место.

Интересно отметить, что древние греки подмечали не только психические заболевания, но и случаи их симуляции. Так, Одиссей — герой гомеровской поэмы, не желая принимать участия в Троянской войне, запряг в плуг быка и осла и стал пахать песчаные дюны, «засевая» их солью. Посланцы царя, решив проверить помрачение ума Одиссея, положили перед плугом на землю его сына. Одиссей остановился и бережно перенес ребенка в сторону. Его замысел был разоблачен...

Знакомство с достижениями психиатрии у древних греков, римлян, египтян невольно наводит на мысль об очень давнем стремлении к научному осмыслению психической деятельности человека и непрекращающемся, несмотря на исторические катаклизмы, поступательном движении познания. Причем нередко новинки в описании болезненного безумия оказывались на поверку повторением «давно забытого старого» в клинико-описательной оценке психической патологии. Наблюдение, описание, классификация видимого — первый этап любого исследования. Затем следует объяснение накапливаемых данных. В отличие от первого этот этап (на материалистической основе) начался в психиатрии относительно недавно и определяет ее прогресс в наши дни.

И в Греции и в Риме совершенно очевидно понимали ненормальность как выражение болезни. Гуманность утвердилась в качестве нормы отношения общества к безумцам. Вот какие рекомендации дает Соран для общения с возбужденными больными и их лечения: «В комнате больного, в 1-м этаже, окна должны быть расположены повыше, чтобы нельзя было выброситься наружу. Изголовье кровати располагается спиной к дверям (тогда больной не видит входящих). У очень возбужденных больных приходится иногда поневоле вместо постели ограничиваться соломой, но тогда последнюю надо тщательно осматривать, чтобы не попалось в ней твердых предметов. В случаях повреждения кожи эти места необходимо перевязывать... Приходится иногда прибегать к помощи надсмотрщиков: эти люди должны по возможности незаметно, под предлогом, например, растирания, приблизиться к больному и овладеть им, но при этом надо принять все меры, какие возможны, чтобы еще сильнее не взволновать

его... Следует внимательно изучать содержание неправильных мыслей больного, в соответствии с чем пользоваться полезным действием тех или иных внешних впечатлений, занятных рассказов и новостей; в период выздоровления надо уметь уговорить больного пойти на прогулку, заняться гимнастикой, упражнять свой голос, заставляя читать вслух... Когда выздоровление уже подвинулось далеко, надо побуждать больного к более сложной умственной деятельности...»

Перечитываешь эти строки и не перестаешь удивляться, что они содержатся в трактатах почти двухтысячной давности. Хотя тогда гуманное отношение к умалишенным и превалировало, оно встречало противников. Соран пишет: «Иные врачи предлагают держать всех без исключения больных в темноте, не принимая во внимание, как часто отсутствие света раздражает человека... Некоторые, например Тит (вероятно, один из оппонентов Сорана.— *Ю. А.*), проповедовали голодный режим, забывая, что это вернейший способ довести больного до смертельной опасности... Врачи, сравнивающие умалишенных с дикими животными, укрощаемыми голодом и жаждой, должны сами считаться умалишенными и не браться за лечение других. Исходя из ошибочных аналогий, они предлагают применение цепей... Некоторые заходят так далеко, что рекомендуют бич, полагая, что таким воздействием можно вызвать прояснение рассудка: жалкий способ лечения, ожесточающий болезнь и уродующий больных...»[1]

К прискорбию, надолго — более чем на полтора тысячелетия — эти слова предадут забвению, а отношение к психически больным будут определять антиподы Сорана. И лишь лет 200 назад гуманизм стал понемногу возвращать свои позиции, пока не занял подобающего ему главенствующего положения.

Недостаточное развитие анатомии, физиологии, психологии, фармакологии и других наук, а также сдерживающие рамки рабовладельческого строя не позволили перейти от первого шага в борьбе с психическими болезнями — понимания их природы, ко второму — ее изучению и лечению. Вследствие этого и практиковавшиеся лечебные мероприятия были малоэффективными. Видимо, потому-то больные искали причины своего безумия в «богогрешении», а исцеление от него — у богов. Многие из них, наряду с людьми, страдавшими другими болезнями, селились в специальных храмах Асклепия, греческого бога врачевания (мифологиче-

---

[1] Каннабих Ю. История психиатрии, с. 48.

ского сына Аполлона и нимфы Корониды). Там они подвергались мистическим и ритуальным внушениям и ждали чуда. В IV веке до нашей эры только в Греции было около 300 таких храмов. Целому ряду больных, особенно с истерическими расстройствами, несомненную пользу приносила, как бы мы сейчас сказали, психотерапия, в том числе и гипноз: исчезали «припадочные» состояния (это был самый внешне заметный терапевтический эффект), наступало эмоциональное успокоение. Однако положительные результаты заносились на счет «божественного» вмешательства.

После упадка Древней Греции и Рима, начиная примерно с III века нашей эры, научно-естественный свет в медицине стал постепенно тускнеть — церковь подчиняла себе научную мысль. Но надо заметить, что в эпоху средневековья эстафету греков и римлян подхватили арабы. Арабские врачи, заимствовав из старых источников передовые взгляды на причины «нервных» расстройств, пытались учитывать их в своей практической деятельности. Немаловажное значение имел и своеобразный подход ислама к «ненормальным», которые-де появились по воле аллаха, а его волю следует уважать. Именно арабы построили первые больницы для психически больных.

В средние века положение таких больных в Западной Европе сделалось безотрадным. Религиозный фанатизм висел над «одержимыми дьяволом». Инквизиции католической церкви подвергалось огромное количество так называемых ведьм и колдунов, большинство из которых, несомненно, страдало нарушениями психики. Во Франции, например, только при Карле IX их было сожжено более 300 тысяч.

Примечательным документом об отношении церкви к психически больным является послание (булла) папы Иннокентия VIII, в котором рекомендовалось «разыскивать и привлекать к суду людей, добровольно и сознательно отдавшихся во власть дьявола». Два доминиканских монаха Яков Шпрингер и Генрих Инститорис, опираясь на папскую буллу как на юридическую санкцию, начали энергично истреблять «ведьм». В 1487 году они опубликовали «Молот ведьм», названный так потому, что в нем перечислялись все способы, как их опознавать и сокрушать.

Недалеко от католиков ушли и протестанты. Лютер, один из основателей протестантского вероисповедания, писал в XVI веке: «По моему мнению, все умалишенные повреждены в рассудке чертом. Если же врачи приписывают такого рода болезни причинам естественным, то происходит это по-

тому, что они не понимают, до какой степени могуч и силен черт».

Под розгами и пытками заподозренные в связях с чертом «признавались» в этом. Характерен случай, происшедший с некоей Анной Кезерин в 1629 году в городе Нейбурге. У молодой женщины без всяких на то причин развились безысходная печаль и тоска. Она перестала ходить на свадьбы, не посещала знакомых, непрерывно плакала. (В настоящее время это состояние без особого труда было бы расценено как депрессивное.) И вот однажды 12 «ведьм» и «колдунов», перед тем как взойти на костер, показали, что Анна Кезерин тоже ведьма. Ее схватили, посадили на цепь, допрашивали, и в конце концов она призналась во всех предъявленных ей обвинениях. Только перед казнью на исповеди Анна Кезерин отреклась от всего и потом, умирая, слезно просила, чтобы после нее больше никого не сжигали. По приблизительным подсчетам известного отечественного невропатолога профессора Блуменау, в Европе с XIV по конец XVII века было сожжено до 9 миллионов «ведьм».

Давление церкви, слепая вера в бога, низкий культурный уровень средневекового человека сделали свое дело — многие психически больные бродили без надзора, нищенствовали и, если даже не попадали на костер инквизиции, проводили значительную часть своей жизни в монастырских приютах и тюремных камерах. Вероятно, в ряде случаев и сами больные (с наличием бреда) выступали в роли доносчиков и яростных обвинителей «ведьм». Общество стремилось избавиться от обузы. Борясь с безумием, люди уничтожали безумцев.

Массовое истребление больных в Западной Европе в XVI—XVII веках постепенно сменилось другим, не менее жестоким методом, в основе которого лежало полнейшее равнодушие к их судьбе: «приверженцев дьявола» и «припадочных» собирали в специальные учреждения, где условия их существования были хуже тюремных. Одним из первых учреждений такого рода был лондонский Бедлам (убежище для сумасшедших), возникший при Вифлеемском монастыре. Более пяти веков прошло с тех пор, но слово «бедлам» прижилось, осталось и в русском языке, обозначая беспорядок, хаос, «сумасшедший дом». В сохранившихся до наших дней гравюрах, рисунках, картинах изображены сцены из «жизни Бедлама»: маленькие комнаты без печей, без какой бы то ни было мебели, с дырами в стенах. Голые, опутанные цепями и в большинстве своем прикованные к сте-

нам люди. «Врачи»-надзиратели вооружены только одним «медикаментом» — плетью. Отношение к больным ярко иллюстрируется тем, что по праздничным дням англичане могли посещать смотровые площадки Бедлама и дразнить несчастных. Число посетителей доходило до 40 тысяч в год.

Во Франции дело обстояло не лучше. В 1653 году один из пороховых заводов Парижа «переоборудовали» в своеобразный приют, за которым сохранилось прежнее название — Сальпетриер (селитровый завод). По документальным записям можно судить, каково там было больным. Они почти не получали еды и свежего воздуха. За незначительную плату их показывали любопытным. Лечение же состояло в тех же пытках — часто применялись телесные наказания, «пациентов» длительное время держали вверх ногами, катали «как колесо», проводили кровопускания и т. д.

В конце XVIII и начале XIX столетия, прежде всего в Германии, считалось, что каждый человек сам хозяин своей воли, больше ни от чего она не зависит, а раз так, то только сам человек обладает полной свободой выбора между добром и злом. Неправильное, нелепое поведение безнравственно потому, что люди, мол, сами встали на порочный путь зла. Отсюда вывод: их надо не лечить, а наказывать.

Цепи, кандалы, смирительные рубашки, особая «груша», которой затыкали рот, чтобы нельзя было кусаться и плеваться, ледяной душ, сбивающий с ног, лишение пищи, карцер — вот далеко не полный перечень изощренных «лечебных методов», распространенных в развитых европейских странах еще 150 лет назад.

Как ни странно, эти «методы» долго не вызывали протеста — ни в XVIII, ни даже в середине XIX века, когда гуманные концепции широко проникли в философию, литературу и искусство. Общество созерцало безумцев и пока что не могло предложить иных способов их содержания и лечения. Дальнейший подъем европейской цивилизации, развитие буржуазного общества, сопровождавшиеся успехами науки, в том числе и медицины, предопределили условия для перелома в организации психиатрической помощи.

Революционное правительство времен Великой французской революции издало ряд декретов о создании психиатрических учреждений. Филипп Пинель — уполномоченный правительственной комиссии — впервые 24 мая 1792 года снял цепи с 49 больных Сальпетриера. Это не только не способствовало усилению возбуждения, но, наоборот, успокоило больных и улучшило их состояние. Устранение грубых мер

физического воздействия дало очень многое для развития научной мысли, так как появилась возможность наблюдать подлинные картины психозов, не искаженные озлоблением или страхом. Памятник Пинелю, установленный перед преобразованной ныне парижской лечебницей Сальпетриер, увековечивает его врачебную деятельность.

В России отношение к психически больным отличалось значительно большей гуманностью и никогда не было столь жестоким, как в Западной Европе. Их жалели, называли не «одержимые дьяволом», а «богом наказанные», считали их не «вражьей силой», а «божегневными», которым надо помогать искупить свою вину перед богом.

В Киевском государстве IX—X веков существовала специальная организация призрения «нищих, странных и убогих людей». По указу князя Владимира в 996 году на церковь возлагалась обязанность за счет десятины княжеских доходов открывать в городах «странноприемницы», сиротские, вдовьи дома и больницы. Эти «странноприемницы», видимо, и были прообразами психиатрических больниц на Руси. Они устраивались при монастырях, многие монахи-врачеватели прославлялись в лике «чудотворцев» за то, что «исцеляли бесных и имели дар внушать то, что они хотели, помимо воли тех, кому они делали внушение». Бесными называли беспокойных «постояльцев», в отличие от «слабоумных», которые объединяли «странных и убогих». Согласно «Русскому летописцу по Никонову списку», среди разных монастырских строений была и «крепкая темница» для злых еретиков и беспокойных психически больных.

Славяне с терпимостью относились к волхвам и чародеям, многие из которых были «помешанными». Причем помешательство связывалось «с порчей несчастных чем-то посторонним по причинам, от них не зависящим». Высшее духовное лицо, митрополит Иоанн (IX в.) проповедовал: «Занимающихся чародейством необходимо наставлять не раз, не дважды, но непрерывно, пока узнают и уразумеют истину, а при закоренелости их действовать и телесными наказаниями, но не проливать крови». Сожжение колдунов на Руси было редкостным явлением, и в исторических документах приводится лишь несколько упоминаний об этом.

Причины относительной мягкости и терпимости к людям со странными, необычными поступками кроются в особенностях славянской культуры. Вот что писал по этому поводу в конце прошлого столетия известный историк В. Б. Антонович: «Суеверие, конечно, было свойственно славянам не

меньше, чем другим народам. С начала русского государства волхвы и прорицатели будущего играли среди славян достаточную роль, но народный взгляд на чародейство был не демонологический, а исключительно пантеистический. Допуская возможность чародейственного влияния на бытовые, повседневные обстоятельства жизни, народ не искал начала этих влияний в сношениях со злым духом; демонология мало была развита в России».

Нашествие монгольских завоевателей и разорение в XIII веке Киевской Руси привели к упадку монастырской медицины, но по мере становления и укрепления Московского государства вопрос о судьбе психически больных вновь начал требовать своего решения. И хотя продолжали господствовать идеалистические воззрения на причины помрачения рассудка, вновь, в отличие от Западной Европы, проявилась высокая гуманность русского народа. На высочайшем Стоглавом соборе, созванном в царствование Ивана Грозного в 1551 году, было отклонено предложение о преследовании церковью «одержимых бесом», наоборот, отмечалось, что «бесных» и «лишенных разума» надлежит помещать в монастыри, чтобы они могли «получать вразумление или приведение в истину... дабы не быть помехой для здоровых».

Общество имеющимися у него средствами, руководствуясь религиозным пониманием природы безумия, стремилось лечить психические заболевания. Многие же «лишенные разума», называемые блаженными (старославянское название святого) или юродивыми, оказывались даже в особом положении, им позволяли говорить все, что они хотят и кому хотят. Их слова часто приравнивались к «гласу святых». Широкой известностью, например, пользовался Василий Блаженный (1469—1550) — московский юродивый, почитавшийся современниками. А. К. Толстой в исторической повести «Князь Серебряный» так описывает его: «По улице шел человек лет сорока, в одной полотняной рубахе. На груди его звенели железные кресты и вериги, а в руках были деревянные четки. Бледное лицо его выражало необыкновенную доброту, на устах, осененных реденькою бородой, играла улыбка, но глаза глядели мутно, неопределенно...» В разгул опричнины Василий Блаженный прославился смелыми обличениями политики Ивана Грозного. Несмотря на это, царь участвовал в торжественном погребении юродивого и сам нес гроб с его телом. Похороны состоялись в Москве, на Красной площади, возле храма Покрова, который с тех пор называют храмом Василия Блаженного.

Английский посол Флетчер в книге «О государстве русском 1591 года» писал, что о «юродивых нельзя не упомянуть, говоря о призрении психически больных в Московском государстве, так как любовь и уважение к юродивым составляли особенность Москвы: домохозяева считали их посещение за особую благость, их всюду кормили, водили в баню, одевали и обували... Таким образом этот обычай оказывался своеобразной формой призрения значительного числа больных».

Однако в народе жила боязнь перед другого рода «божественными людьми», которые ходили по городам и селам босые, с длинными волосами, сотрясались с головы до ног и выкрикивали имена тех, кто их «испортил». Среди этих кликуш, как и среди юродивых, было значительное количество слабоумных. Но на них уже не распространялся обычный для России гуманизм. Тогда думали, что в кликуш вселяется дьявол, и так же, как во Франции или Германии, их довольно часто вылавливали и сжигали.

К XVII веку в Московской Руси стал преобладать взгляд на «ненормальных» и «глупых» как на больных. В законе 1669 года говорилось: «О глухих и немых, и бесных, и которые в малых летах... в обыск не писати... и их не допрашивать».

Много нового внесло царствование Петра I, ознаменовавшееся значительным прогрессом науки, в том числе и естествознания. В 1721 и 1723 годах Петр I подписал указы, запрещавшие посылать в монастыри «помешанных»; для них впоследствии отводились специальные госпитали-доллгаузы. Так появились условия для развития медицинской помощи, не зависимой от церкви.

Распространению нового предшествовал всесторонний анализ зарубежного опыта. По указу правительствующего сената канцелярии Академии наук было предложено представить планы строительства доллгаузов и «положение, на каком основании безумные там содержатся». В архиве академии советский психиатр А. М. Шерешевский обнаружил 14 документов, позволяющих проследить этапы внедрения этого начинания[1]. Членами профессорского собрания были «выписаны из-за моря» книги, объясняющие устройство доллгаузов, по дипломатическим каналам получены подробные

---

[1] См.: Шерешевский А. М. Создание в России первых специальных учреждений для душевнобольных.— Журн. невропат. и психиатр. им. Корсакова, вып. I, 1978, с. 133.

сведения об их работе, особыми комиссиями осмотрены монастыри, где находились умалишенные. Наконец, при Российском сенате был организован комитет по «учинению» доллгаузов.

Один из первых результатов — возникновение двух доллгаузов при Зеленецком и Андреевском монастырях, ставших прообразом психиатрических больниц. Академия наук утвердила положение «об учреждении дома для безумных». В нем, в частности, говорилось: «Безумные делятся на бешеных, эпилептиков, лунатиков и меланхоликов, а каждые из них по степени болезни бывают разные...» В соответствии с этим предлагалось размещать доллгаузы в трехэтажных зданиях. Нижний предназначался «для бешеных, которые вовсе сошли с ума и требуют прилежнейшего наблюдения», второй этаж «с нечастыми решетками на окнах» — для меланхоликов и лунатиков, третий — для эпилептиков. Основная фигура доллгауза — врач, которому вменялось в обязанность «употреблять всякие средства для излечения». По мере улучшения состояния больные должны были «выпускаться» из доллгауза с «докторским аттестатом» и соответствующими рекомендациями. Предусматривалось открывать при доллгаузах «дома поправления» для выздоравливающих, различные трудовые мастерские. Документ, подготовленный Академией наук, носил прогрессивный характер и на многие годы определил стратегию и тактику психиатрической помощи в России.

В 1771 году градоначальство Петербурга заявило, что на сооружение необходимого здания «для человеческого содержания умалишенных», предусмотренного решением академии, требуется «много приготовлений». В качестве временной меры на реке Фонтанке отвели «деревянные светлицы, сколько возможно удобные», для нахождения безумных и умалишенных. Безумными при этом назывались «больные от рождения», умалишенными — заболевшие «в процессе жизни». В светлицах на 150 кроватях размещались не только психически больные, но и «страждущие различными болезнями». Через восемь лет, 6 мая 1779 года, часть «светлиц» была превращена в первую самостоятельную психиатрическую больницу. Она состояла из шести маленьких деревянных зданий, на месте которых вскоре построили Обуховскую больницу со специальным «домом умалишенных» на 60—70 коек. Тремя годами раньше в Москве при Екатерининской больнице создали особое отделение. Примерно тогда же возник рижский доллгауз,

преобразованный позже в лечебницу для душевнобольных, существовавшую некоторое время в рамках других «богоугодных заведений» города. В самом начале XIX столетия в России было уже около 20 психиатрических лечебниц.

Положение первых «жителей» русских доллгаузов в принципе мало чем отличалось от положения «жителей» лондонского Бедлама главным образом из-за беспомощности тогдашней медицины, слабости ее терапевтических возможностей. Именно это обусловливало тяжелую обстановку в специализированных отделениях. Борьба с психическими болезнями шла в том же направлении — людей привязывали ремнями к кроватям, приковывали цепями, надевали на них смирительные камзолы. Однако к 20—30-м годам прошлого века обстановка в доллгаузах меняется. По примеру Франции впервые в России расковали больных Преображенского доллгауза в Москве, сам доллгауз переименовали в больницу, на каждого «пациента» завели «скорбный лист» (историю болезни). Вслед за тем реформа быстро коснулась остальных лечебниц. Система призрения больных постепенно вытеснялась системой их лечения.

Внедрение гуманных идей в отношении к психически больным, начатое вслед за Пинелем не только во Франции, но и в других странах Европы, проходило очень медленно — взгляды на психическую жизнь человека освобождались от мистики, но все же уровень научных знаний был еще явно невысоким. И все-таки с конца XIX века принципы гуманизма, устранение физического насилия все больше и больше сказываются на практической деятельности психиатрических больниц.

Важной вехой в психиатрии стало время, когда она сблизилась с общей медициной и ее поднадзорные поступили в ведение врачей. Пришлось перестроить учреждения типа Бедлама и создать новые лечебницы, в которых уже оказывали всестороннюю медицинскую помощь. Появилось множество описаний признаков болезненной ненормальности, попыток их систематизации и сопоставления с телесными (соматическими) недугами. Возникла клиническая психиатрия, родилась научная мысль, ставившая целью, как когда-то в Древней Греции и Риме, сперва лишь описание, словесное выражение и классификацию тех или иных нарушений. По-новому, на материалистической основе пытались решать вопрос о причинах психических расстройств, что повлекло за собой в наиболее развитых странах поиски путей их эффективного лечения. Постепенно начал «на-

бирать силу» не закончившийся еще и сейчас период активного наступления на психические болезни. На первых порах применялись кровопускания, слабительные и наркотические средства наряду с широким использованием, особенно для снятия возбуждения, холодных и теплых ванн и ледяного душа. Общество продолжало, по существу, лишь ограждать себя от «потерявших рассудок», обеспечивая им относительно сносные условия существования. Лечение, а значит, и истинная борьба с болезненной ненормальностью были еще впереди.

Однако и во второй половине XIX, и в нашем, XX столетии вокруг психиатрии продолжали и продолжают нагромождаться различные идеалистические, мистические и другие лженаучные концепции, главным образом для оправдания тех или иных социальных мер. В частности, было поднято на щит «учение» о вырождении как причине психических нарушений. Один из его основателей — итальянский психиатр Цезарь Ломброзо в 1864 году издал нашумевшую книгу «Гениальность и помешательство». В числе прочего он предложил специальные антропологические замеры, в первую очередь лица и черепа, для выявления «дегенеративных» признаков. Именно этими признаками зачастую объясняли преступность, совершенно не учитывая определяющие ее социальные факторы. Лженаучную криминальную антропологию, отвергнутую и осужденную прогрессивными психиатрами и юристами всего мира, взяли на вооружение нацисты, превознося арийскую расу и считая многие другие народы дегенератами, подлежащими уничтожению. Аналогичная антинаучная концепция — понимание психоза только как выражение наследственной патологии. Отсюда — требование массовой стерилизации «сумасшедших».

Множество психически больных в фашистской Германии и в некоторых других странах уже во вполне просвещенном XX веке со средневековым садизмом были уничтожены в душегубках, расстреляны, отравлены, подвергнуты стерилизации. «Гуманизмом во имя человечества» пытались оправдать врачи со свастикой свою «позицию» в оценке умалишенных как людских отбросов.

В Советском Союзе (на Украине, в Белоруссии, Молдавии, в Прибалтийских республиках и в ряде областей РСФСР) на временно оккупированной территории гитлеровцы уничтожили более 20 тысяч совершенно беспомощных человек, разрушили многие психиатрические больницы. Вот

лишь несколько страниц, рассказывающих о зверствах палачей над ни в чем не повинными жертвами:

«18 июля 1943 года мы, нижеподписавшиеся, комиссия по установлению и расследованию злодеяний немецко-фашистских захватчиков, установили:

С первых же дней временной оккупации немецко-фашистскими захватчиками села Микулино Лотошинского района Московской области в Лотошинской областной психиатрической больнице, расположенной в этом селе, в течение всего октября и начала ноября 1941 года немецкие военные власти и их сообщники организовали массовое умерщвление больных, находившихся на излечении в этой больнице.

Со слов очевидцев этого гнусного, чудовищного преступления комиссия установила, что массовое умерщвление больных началось с их отравления окисью углерода, для чего больные были насильственно собраны в одном из корпусов больницы и подвергнуты действию газа в специальных герметически закупоренных помещениях здания корпуса, от чего в страшных мучениях погибли десятки больных.

Так как такой способ умерщвления показался организаторам слишком медленным и малодейственным, то они решили использовать все возможные способы для полного уничтожения больных. Они травили их различными ядами. затем слабых больных запирали в корпусах больницы, и, оставаясь по нескольку дней запертыми, они умирали от голода и жажды. Другая группа больных разгонялась по территории больницы и не допускалась в помещения, в результате чего тут же около больницы они замерзали. На тех же больных, которые уцелели и еще бродили по парку, немецкие офицеры и солдаты верхом на конях организовывали охоту, подстреливая их из-за кустов и доставляя себе таким образом «достойное» развлечение. Эта жуткая средневековая расправа завершилась, наконец, массовым организованным расстрелом 264 оставшихся больных. Завербованные для этой цели пособники обманным путем, якобы для перевозки в другую больницу, а также с помощью насилий и угроз рассаживали больных в повозки, отвозили в овраг и там под командой немецких офицеров и солдат расстреливали их, сваливая в кучу и закапывая.

Вывоз и расстрелы больных продолжались несколько дней. Комиссия особо отмечает одну из подробностей расстрела. Каждому из сообщников, отвозивших больных к месту расстрела, немцы выдавали ровно по одному патрону на больного. Оставшихся в живых, раненых и слабых больных,

заживо погребали. Совершенно случайно от этого расстрела уцелело 5 больных, находящихся в настоящее время на излечении в вышеуказанной больнице.

Таким образом, в общей сложности всеми вышеописанными способами — голодом, холодом, отравлением и расстрелом — было уничтожено около 700 больных Лотошинской психиатрической больницы»[1].

Советские обвинители на Нюрнбергском процессе представили Международному военному трибуналу в числе других документов о военных преступлениях и преступлениях против человечности, совершенных гитлеровцами на территории СССР, многие доказательства истребления людей, содержавшихся в специализированных стационарах. Например, в Киеве «...14 октября 1941 года в психиатрическую больницу... ворвался отряд эсэсовцев. Гитлеровцы загнали 300 больных в одно из зданий, в котором продержали их без пищи и воды несколько дней, а затем расстреляли в овраге Кирилловской рощи. Остальные больные были истреблены 7 января, 27 марта и 17 октября 1942 года». Это происходило так: «В больницу прибыли автомашины. В эти машины — «душегубки» начали вталкивать больных, приблизительно по 60—70 человек в каждую, тут же их умерщвляли и трупы выбрасывались у здания больницы. Зверства эти продолжались несколько дней, в течение которых было уничтожено 800 больных»[2].

Для оформления таких «акций» были даже выработаны стандартные формы документов. Вот текст одного из них:

«Бюро гражданских записей города Рига.

Настоящим удостоверяю, что перечисленные в прилагаемом списке 368 неизлечимых душевнобольных умерли 29 января 1942 г.»[3]. Далее следует подпись штурмбаннфюрера СС.

Все очень просто: умерли — может быть, от болезни, может быть, от старости или в результате трагической случайности. Но сразу, в один день — 368 человек! Однако на их историях болезни сохранились отметки: «Эвакуирован полицией». Врач Второй рижской психиатрической больницы Херманис Салтуис свидетельствует: «Все вывезенные в этот

---

[1] Впервые опубликовано в статье Д. Д. Федотова «О гибели душевнобольных на территории СССР, временно оккупированной фашистскими захватчиками в годы Великой Отечественной войны».— В кн.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. М., 1965, с. 446.

[2] Нюрнбергский процесс, т. IV. М., 1959, с. 35, 47.

[3] Там же, с. 35.

день... были расстреляны немцами в Бикернекском лесу»[1].

Аналогичным образом были поголовно «эвакуированы» больные Первой и Второй рижских больниц. А в Бюро гражданских записей шли очередные «документы»: 28 мая 1942 года — о «смерти» 243 человек, 15 марта 1943 года — 98 человек и т. д.[2].

Гнусные преступления фашизма, в том числе и массовое уничтожение несчастных, безответных психически больных, никогда не должны повториться. Против этого восстает разум современного человечества, культура и гуманизм передовых стран мира.

О ВРАЧЕ-ПСИХИАТРЕ

Итак, с середины прошлого столетия начался второй этап развития психиатрии, потребовавший огромных усилий, чтобы установить причины болезненной ненормальности и научиться оказывать нуждающимся максимально возможную медицинскую помощь. На этом этапе ведущей фигурой становится врач-психиатр.

Природа очень глубоко запрятала ни с чем не сравнимый клад — тайну деятельности самой совершенной материи, головного мозга человека. Не найдя этот клад, трудно рассчитывать на создание таких лекарств, которые сразу же и бесповоротно нормализовали бы нарушенную психику. Лобовой атакой этого не добьешься, нужна длительная осада, но осада не выжидательная, а активная. В наступление должны бок о бок идти и математики, и химики, и философы, и биохимики, и физики, и врачи других специальностей. Должны идти — и идут! Они уже многое сумели сделать, хотя крепость окончательно не покорена. Ныне большинство людей, поступающих в психиатрические больницы, которые еще совсем недавно называли кладбищем рассудков, выписываются и возвращаются к повседневному труду.

Тайны мозга познаны и познаются. Новые важные открытия и факты сужают круг поисков. Однако история развития психиатрии показывает, что оценка и обобщение этих фактов могут быть плодотворными только в том случае, если исследователи прочно стоят на материалистических позициях.

Среди самых различных представителей биологических

---

[1] Нюрнбергский процесс, т. IV, с. 96.
[2] См. там же.

наук врач-психиатр находится на переднем крае борьбы с психическими заболеваниями. Это его глазами и разумом оцениваются психическая норма и безумие, выявляются болезненные изменения поведения человека. Это его наблюдения служат для науки основным источником сведений о «неполадках» в функциях головного мозга. Профессиональный взгляд современного психиатра, его врачебная оценка и лечебные рекомендации основываются на огромном опыте предшественников и постепенно складывавшихся научных знаниях. Именно психиатру доверено проводить грань между психическим здоровьем и болезнью и при необходимости определять стратегию и тактику лечения. Это нелегкий труд, требующий серьезной подготовки и специального умения, но он сопряжен еще с целым рядом особенностей, свидетельствующих о большой общественной роли врача-психиатра и заслуживающих более подробного рассказа.

...Студентом первого курса медицинского института я впервые попал на обход профессора в отделении для тяжелых психически больных. На многие годы мне запомнились глаза одного из первых пациентов, к которому подошел профессор, а вслед за ним и мы — сопровождавшие его врачи и студенты. Они были светлые, прозрачные и совершенно не менялись. Лицо больного то ничего не выражало и казалось почти застывшим, то морщился лоб, появлялись тяжелые глубокие складки над верхней губой, но глаза... глаза оставались равнодушными. Они как бы жили сами по себе, формально смотрели вокруг, передавали в мозг информацию об окружающем и ничего не чувствовали, ничего не выражали — они были пусты.

Можно не иметь руки или ноги, можно на всю жизнь быть прикованным к постели, можно с рождения лишиться зрения или слуха и все-таки оставаться нужным и полезным людям, стремиться в чем-то кому-то помочь, страдать, плакать, радоваться, смеяться, надеяться и мечтать. Многие тяжелые психически больные лишены этого счастья, хотя, как правило, обладают и здоровым телом, и крепкими мышцами. Некоторых из них недуг делает одинокими, они лишаются человеческих эмоций, холодны, бездумны, не понимают своего состояния... Изменение личности, привносимое рядом психических болезней,— не актерское перевоплощение на сцене. Это не смена «образа», а переход в новую жизнь, подчинение бредовым интересам. Фантастическое стремление иных заболевших к нескольким жизням или мысли о «жизни после смерти» неосуществимы. Как видно на естественных «моде-

лях» в психиатрических отделениях, они теряют свое внутреннее «я», лишаются самосознания.

Конечно, в моральном и этическом плане общаться с психически больными трудно. Но разве вообще легко быть врачом — видеть «чужие» мучения, проводить тяжелые и порой не очень щадящие операции, вскрывать во имя здоровья живущих тела умерших? Врач — такой же человек, как и все остальные, и решение проблем, поставленных перед ним его профессией, не может быть всем одинаково по плечу. Для врачебной деятельности, и в частности работы психиатра, нужно призвание, а кому-то она просто противопоказана.

По складу характера, особенностям отношения к окружающему не все способны откликаться на горе и боль других. Такие люди либо не идут в медицину, либо быстро из нее уходят. Ну, а те, кто остается? Что дает им силы для столь самоотверженного каждодневного труда? Прежде всего великий гуманный зов помочь попавшему в беду. Помочь не суетясь и не произнося лишних слов, а делом, используя все свое профессиональное умение. Это требует от врача сковывания собственных эмоций, предельной сосредоточенности и напряжения нравственных сил. Не случайно А. П. Чехов, будучи сам врачом, назвал эту профессию подвигом, не возможным без чистоты души и чистоты помыслов.

Накапливаемый опыт, частые встречи с тяжелобольными в известной мере притупляют непосредственное восприятие горя. Но должен прямо сказать, я не знаю врача, который избежал бы душевных переживаний при смерти пациента, при неудавшейся операции, при ухудшении психического состояния своего подопечного. Правда, и в этих переживаниях ведущее место в большинстве случаев занимают не абстрактные, а вполне конкретные вопросы: все ли я правильно сделал, в чем моя вина, чего я недосмотрел? Приходится держать ответ перед собственной совестью, от которой некуда скрыться. Появляются бессонница, тоска, повышенная раздражительность. Однако, вернувшись в операционную, подойдя вновь к кровати страждущего, врач обязан быть в высшей степени доброжелательным, собранным, заботливым и внимательным. Так что умение быть сильным человеком, способность владеть своими чувствами — неотъемлемые черты хорошего врача, в том числе, а может быть, и прежде всего, врача-психиатра. Тем более что к нему с надеждой обращены взгляды не только больных, но и их близких.

...В автобусе по дороге на работу на протяжении многих

лет я часто встречал худую, сгорбленную старушку с туго набитой черной сумкой в руках. Печальное, изрезанное глубокими морщинами лицо повернуто в сторону входящих пассажиров. Обычно, завидев меня, старушка начинала волноваться, губы ее дрожали, руки вздрагивали. Мы ехали вместе, сходили на одной и той же остановке, я шел к себе, а она торопилась передать больной дочери домашнюю еду. Я часто думал, как нелегки для старой женщины эти почти регулярные утренние маршруты. Но не ездить было бы еще тяжелее...

Когда-то мне довелось быть лечащим врачом ее дочери. Заболевание началось, когда той не было еще двадцати, а матери — пятидесяти лет. Теперь самой дочери под пятьдесят. Болезнь отличалась крайней злокачественностью, быстро нараставшими выраженными явлениями слабоумия. По существу, в настоящее время дочь превратилась в хроника, судьба которых еще совсем недавно была безнадежной. Благодаря психофармакологическим препаратам многие хроники навсегда покинули стены больницы. Дочь же старушки до сегодняшнего дня практически постоянный ее житель. Применение различных методов, самых последних лекарств пока не дало результатов.

Обычно в автобусе мы разговаривали со старушкой, и всякий раз я слышал один и тот же вопрос: «Доктор, ничего еще не появилось нового?» Нового появляется много, нужного «ключа» для радикального лечения дочери все еще нет. Но мать есть мать, и она никогда не перестает верить, что ее ребенок поправится. Она надеется на чудо, на случай, чаще — на врачей, на науку. И ждет. Четверть века терпеливо ждет и моя утренняя попутчица. Иногда мы говорили с ней и об этом, и она, мать тяжело больной дочери, начинала уверять меня, врача, в том, что надежда не потеряна, что ученые должны скоро найти нужное средство. Я говорил старушке о долге науки перед ее дочерью, перед ней, перед многими другими больными с тяжелыми психическими заболеваниями. Пытался рассказать о достижениях психиатрии, позволяющих с оптимизмом смотреть в завтрашний день. Она не спорила и не переспрашивала, только смотрела на меня грустными, запрятанными в морщинки глазами...

Эту женщину я всегда вспоминаю, когда речь заходит не только о трудностях работы психиатра, но и об отношении близких людей к заболевшему родственнику. К ней же я невольно возвращаюсь в мыслях и тогда, когда получаю неоценимую награду — вижу выздоравливающего человека.

Со времени первого в жизни врачебного обхода прошло уже много лет, и мне теперь самому знакомы те ни с чем не сравнимые удовлетворение и радость, которые испытываешь, когда в опустошенных долгой болезнью глазах твоего пациента появляются огоньки человеческого тепла, когда он избавляется от мучительной пелены психоза. Именно это искупает все тяготы и делает тебя счастливым.

Психиатр — прежде всего врач, поэтому он изучает у больного, помимо его психики, еще и состояние основных систем организма. Но если в каких-то других случаях непосредственное наблюдение за больным, анализ его поведения и высказываний, особенности внешнего вида играют не основную, а лишь вспомогательную роль, если в руках терапевта имеется стетоскоп, хирургам верно служит рентген, у невропатолога есть молоточек, позволяющий объективно судить о рефлексах, то основным «орудием» психиатра является умение спрашивать, слушать, быть внимательным и наблюдательным. При необходимости он пользуется и стетоскопом, и рентгеном, и множеством самых современных исследовательских средств, однако глаза, уши, терпение и человеческий такт остаются главными.

Чтобы правильно назначить лечение, психиатру надо подробно ознакомиться со всеми сторонами личности пришедшего к нему пациента. Если это положение в принципе справедливо для всех врачебных специальностей, то для «психиатрической» оценки без него не обойтись. Врач должен выяснить поведение больного в различных ситуациях, его отношение к окружающим, к избранной профессии, его вкусы, изучить жесты, мимику и т. п. Естественно, что ответы на столь важные вопросы реально получить с помощью лишь самого больного и его близких, при условии полного доверия и откровенности во врачебном кабинете. Как его заслужить? Стандартных рецептов нет и быть не может.

Беседа психиатра — не простой разговор; это продуманная и целенаправленная система исследования всех сторон психической деятельности обратившегося к нему человека. Умение психиатра вести беседу неотрывно от его профессиональных знаний. Вместе с тем оно неотделимо и от его общей культуры, эрудиции, личного обаяния. Ведь болезненные ощущения, страхи, желания, наконец, действия больного нередко определяют его отношение к врачу, а следовательно — и к рассказу о том, что он чувствует. Искусство психиатра во многом состоит в том, чтобы терпеливо выслушать подчас нелепые и весьма длительные рассуждения и с вели-

чайшей тактичностью коснуться «пунктика» переживаний. Во всем внешнем облике врача и в его словах всегда должны чувствоваться уверенность и бодрость, забота, готовность помочь.

Врач, так же как и любой другой, общающийся с психически больным, обязан быть чрезвычайно осторожным. Его наблюдательность, по образному выражению одного психиатра, должна взвешивать, а не считать. Ошибочно думать, что все больные, будучи заняты своими мыслями, не слышат и не понимают слов окружающих. Наоборот, у большинства из них внимание крайне обострено, и порой они дают очень меткие характеристики врачам, медицинскому персоналу, соседям по палате.

Мне вспоминается такой случай. В течение длительного срока больной, находившийся в неподвижном (ступорозном) состоянии, лежал в кровати в неудобной, скорченной позе, с полузакрытыми глазами, казалось, не замечая ничего вокруг. Но вот он начал выздоравливать и незадолго до выписки, когда его пригласили в кабинет для беседы, рассказал о бестактности одного из врачей. Во время своего «лежания» он услышал, как врач говорил о нем: «Этого больного можно перевести в загородное отделение для хроников, я что-то не верю, что он скоро поправится...» И теперь человека, естественно, интересовало, действительно ли все так безнадежно.

Осторожным при любом разговоре надо быть еще и потому, что необходимо предвидеть, в каком состоянии находится собеседник, который может неправильно истолковать каждое сказанное слово, поспешный ответ, необдуманное движение. Важно искусство выжидать, улавливать удобный для расспросов момент и, завоевав доверие, так строить беседу, чтобы без всякой назойливости и нажима добиться желаемого результата.

Но тут есть другая опасность. Можно очень долго и доверительно разговаривать с больным, так и не поняв имеющихся у него нарушений. Не зная, о чем нужно спрашивать и что нужно выяснить, бессмысленно начинать разговор — свидетельства тех или иных особенностей, например бреда или галлюцинаций, так и останутся невыявленными. Опытные врачи умеют держать инициативу в своих руках и направлять беседу в определенное русло.

Профессор П. Б. Ганнушкин писал: «Умение беседовать с душевнобольным дается не только знанием и опытом, но — скажу прямо — определенными психическими данными

врача-исследователя, иногда даже интуицией. Есть очень опытные и знающие психиатры, которым это умение говорить с душевнобольным вовсе не дается и которые благодаря этому не могут получить тех данных, которые соберет другой психиатр, умеющий подойти к больному... Научиться этому и овладеть этим можно, если молодой психиатр будет с достаточной вдумчивостью и вниманием относиться к душевнобольному, если он будет правдив и как можно более прост в общении с больным; лицемерия, слащавости, тем более прямой неправды душевнобольной не забудет и не простит — в последнем случае врач надолго, если не навсегда, потеряет всякий престиж в глазах пациента».

Ганнушкин вспоминает лучших психиатров С. С. Корсакова, Э. Крепелина, В. Маньяна, которых он называет художниками. При этом у каждого из них были достоинства и недостатки, каждый отражал самого себя со своими душевными качествами: «Корсаков вносил в беседу с больным свою необыкновенную мягкость и доброту, свою пытливость; у его подражателей эти качества превращались в ханжество. Крепелин бывал резок, иногда даже грубоват, Маньян — насмешлив и ворчлив. Это, однако, не мешало всем трем любить больше всего психически больного человека — больные это понимали и охотно беседовали с ними».

Академик АМН СССР А. В. Снежневский подчеркивает, что врач не просто созерцает, воспринимает, регистрирует имеющиеся у больного тревожные признаки, он познает их. Причем о многих симптомах люди рассказывают на основании самонаблюдений, давая им субъективную оценку. Разумеется, психиатр не ждет от них квалификации нарушений психической деятельности, он ищет объективные проявления патологии, их взаимосвязь и клинические особенности.

Второе, не менее обязательное качество — умение не раздражаться при любых обстоятельствах, заинтересованно относиться к пациенту и при этом всегда оставаться спокойным и корректным. Терпение и выдержка имеют много граней, и все они нужны. Психиатр обязан помнить, что он врач, а перед ним больной, даже в том очень редком случае, когда возбужденный человек поднял руку и хочет его ударить. Нельзя реагировать на оскорбления, грубости. Надо выждать и лишь спустя некоторое время попытаться убедить, успокоить. Ни в коей мере нельзя показывать страх: психически больной обычно всегда это очень тонко чувствует и, сознавая свою силу, нередко просто насмехается. Выдержка, самообладание, смелость и уверенность врача позволяют ему вхо-

дить в контакт по крайней мере с 99 процентами, казалось бы, самых «трудных» больных.

И все же в большинстве своем они ищут помощи у психиатра, с готовностью рассказывают о своих бедах. Порой затрагивается и широкий круг проблем, требующий от врача определенной эрудиции, широты знаний. Например, как поступить в той или иной сложной ситуации. Вероятно, каждый ищет свой, как ему кажется, единственно правильный и бескомпромиссный ответ. Но искать — еще не значит находить. И путь исканий, иногда мучительный, может затягиваться.

Во время разговоров во врачебном кабинете пришедший за советом ставит перед психиатром мучающие его вопросы и просит подсказать правильное решение. Далеко не всегда это плод болезненного вымысла. Но человек лишается сна, делается замкнутым, злобным, снижается его работоспособность. Такой разговор не бывает легким. Однако даже если «спасает» неотъемлемое от профессии врача вообще, а хорошего психиатра в первую очередь, человековедение с его тактом, интуицией, благожелательностью и еще чем-то, что неизвестно как и называется, и имеющиеся знания позволяют разобраться в том, что гнетет пациента,— даже тогда, давая тот или иной совет, врач должен взять на себя определенную ответственность.

Эта ответственность дополняется необходимостью сохранения врачебной тайны, как то установлено в нашей стране законом. В Основах законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении прямо говорится: «Врачи и другие медицинские работники не вправе разглашать ставшие им известными в силу исполнения профессиональных обязанностей сведения о болезни, интимной и семейной сторонах жизни больного».

Врачу-психиатру в не меньшей степени требуются и такие качества, как социальная зрелость, смелость, мужество. С горечью вспоминаются трагические истории, когда психиатры погибали от рук больных, в искаженном восприятии которых они казались «врагами» и «преследователями». Куда опаснее противостояние эксперта и преступника. Один стоит на гражданских позициях, защищая покой общества; другой любым способом старается уйти от справедливого наказания, спасти свою шкуру, спрятавшись за ширму «психически больного». Психиатр-эксперт призван вынести заключение: подлежит ли осуждению данный преступник, если он вменяем и его симуляция доказана, или у него действительно имеются серьезные отклонения от нормы. За профессиональную

честность, бывает, мстят те, у кого нет никакой чести. Так случилось, например, летом 1983 года в Киеве. Замечательный человек, доктор медицинских наук С. М. Лившиц утром очередного рабочего дня был убит в парке психиатрической больницы имени Павлова, в которой трудился многие годы. Убийца нанес ножевые раны, а затем четырежды выстрелил. Мотивы убийства вскоре прояснились: С. М. Лившиц, выступая на суде, разоблачил мнимого сумасшедшего, и тот был приговорен. Вернувшись из заключения, рецидивист решил свести счеты...

Несколько лет назад медицинскую общественность Москвы взволновало не менее жестокое преступление. В центре города было совершено покушение на известного психиатра — профессора К. Преступник поджидал его у выхода из психиатрического диспансера и, догнав на улице, вонзил в шею нож. К счастью, врачам удалось сохранить жизнь К., и сейчас он продолжает активно работать. Мотив и этого чудовищного поступка — месть за неподкупность, гражданское и профессиональное мужество профессора при отстаивании своей экспертной точки зрения.

Ответственность врача особенно возрастает во время общения с родственниками и знакомыми больных, при необходимости защищать интересы зачастую совершенно беспомощных людей, которые целиком зависят от тех, кто за ними ухаживает.

...Женщина, то суетливо собирая в складки, то медленно разглаживая, комкала в руках платок. Ее глаза ловили мой взгляд, ярко подкрашенные губы вздрагивали, она была настойчива: «Доктор, скажите прямо: у него шизофрения или нет?»

«Он» — муж женщины — был за стеной, в спокойном отделении больницы. От моего ответа зависело многое: может быть, женщина ждала ребенка, может быть, она раздумывала, стоит ли продолжать совместную жизнь...

Во всех сложностях такого рода взаимоотношений нужно руководствоваться главным — объективной защитой интересов своего подопечного. Скажи врач при первой встрече с его близкими о том, что больной страдает, например, шизофренией или сифилисом мозга, наверняка лишь названия этих нелегких заболеваний, особенно у полностью неподготовленных людей, могут вызвать не одну душевную травму, не одно поспешное решение.

А если попытаться обойти вопрос о диагнозе? Раз или два сослаться на то, что пока это сложно, неясно? А дальше что

делать? Искусство психиатра, видимо, будет измеряться, в частности, и тем, сможет ли он за несколько встреч с родными и друзьями больного, из разговоров с ним самим справиться с непростой психологической задачей — вникнуть во внутрисемейную атмосферу.

Разумеется, чаще всего близкий человек искренне, самоотверженно готов помочь, и тогда врач обязан сказать правду, какой бы тяжелой она ни была. Однако и тут надо быть в высшей степени тактичным, добиваясь, чтобы родственник всецело доверял врачу и с не меньшим оптимизмом, чем он, верил в успешное лечение даже крайне неблагоприятной болезни.

...Но бывает иначе, например, так, как в случае с этой женщиной. С ней мы встречаемся уже четвертый раз. Я знаю со слов матери больного, что она стремится к разводу. Впрочем, моя собеседница и сама не смогла этого скрыть, спросив однажды, действительно ли со страдающими шизофренией разводят без суда.

Надо что-то решать... Снова анализирую факты. Да, у ее мужа тот самый, «желательный» для женщины диагноз. Но его состояние улучшается, он вскоре сможет выписаться из больницы и благодаря современным методам терапии много лет жить без всяких рецидивов. Решение не приходит. Если женщина так заинтересована в «своем деле», в чем мне она, конечно, не признается, то счастливой семьи все равно не получится. Но ведь речь идет о больном человеке. Что для него лучше или, вернее, что хуже: постоянные домашние неурядицы или разрыв с женой? Сможет ли он обрести новую семью?

Я скрыл диагноз. Прав ли был — не знаю...

Как бы продолжение этой истории содержалось в полном отчаяния письме — отклике на первое издание моей книги. Написала его другая женщина, но по схожему поводу. Она рассказывает[1]:

«Мой муж заболел первый раз, когда мне было 26 лет. Диагноз ему поставили очень легкий — неврастения. У меня были основания сомневаться, но неопытность и молодость сделали меня доверчивой. После этого был длительный период (вероятно, около 8—9 лет, в письме это не уточняется.—*Ю. А.*), когда муж чувствовал себя хорошо, не пил лекарств, защитил кандидатскую диссертацию, у нас родился

---

[1] *Письмо приводится с некоторыми сокращениями и редакционными поправками.*

второй ребенок. *И* вот недавно его опять положили в больницу. На этот раз меня было трудно обмануть. Врачи только подтвердили, что это не неврастения, а настоящее психическое заболевание (какое — мне не сказали).

Что вышло из святой лжи врачей? Мне не мил белый свет, я не хочу жить. Страшно сознаться, но я хочу смерти или мужа, или своей. Скоро он должен выписаться, у него будет группа инвалидности. Жить нам в одной квартире... Если быть откровенной, невозможно представить, что я с сумасшедшим должна делить постель. Если бы в 26 лет мне честно все сказали, я разошлась бы с мужем и устроила свою судьбу... Теперь нас двое несчастных — я и он...

К чему я это пишу? Я хочу сказать, что ваша «святая ложь» все равно раскрывается. Сейчас я говорю: «будьте вы прокляты со своей ложью...»

Тяжелое письмо, горькие и, думаю, несправедливые обвинения в адрес врачей. Почти десять лет прошло со времени первого обращения мужа к психиатрам. Он защитил диссертацию, в семье появился второй ребенок, были, наверное, и другие радостные события. И разве важен ярлык «сумасшедший» или «не сумасшедший», а не само состояние близкого человека? Разве не святая обязанность членов одной семьи быть вместе и помогать друг другу и в горе, и в радости? Все эти вопросы я хотел бы задать автору письма, прежде чем понять ошибку врачей, якобы пошедших на обман десять лет назад. Но я вновь перечитал письмо и отчетливо понял, что женщиной, написавшей его, руководило не беспокойство за судьбу отца ее детей, а эгоизм. Хотя, судя по всему, психические нарушения у него незначительно выражены и хорошо поддаются лечению, это не радует жену — «такой» муж ей ни к чему. Где же здесь душевное благородство, теплота, наконец, любовь? Они что же, исчезли при одном упоминании о психической болезни? Очевидно, нет — их и раньше не было.

Эти «случаи» наглядно иллюстрируют сложность задач, с которыми сталкивается психиатр, контактируя с родственниками своих пациентов. Ответственность врачебных слов в аналогичных ситуациях станет, наверно, особенно понятной, если читатель возьмет слово «случай» в кавычки и разглядит за ним реальные человеческие судьбы.

Может быть, значительно легче и проще стали бы взаимоотношения людей, может быть, отпала бы нужда в целом ряде «лечебных разговоров», если бы желание всегда видеть за словами живого человека во всем своеобразии его

характера, умение быть доброжелательным и пытаться предвосхитить его поступки вышли бы за пределы требований, строго предъявляемых к работникам психиатрических учреждений, и стали бы постоянной нормой общения между людьми.

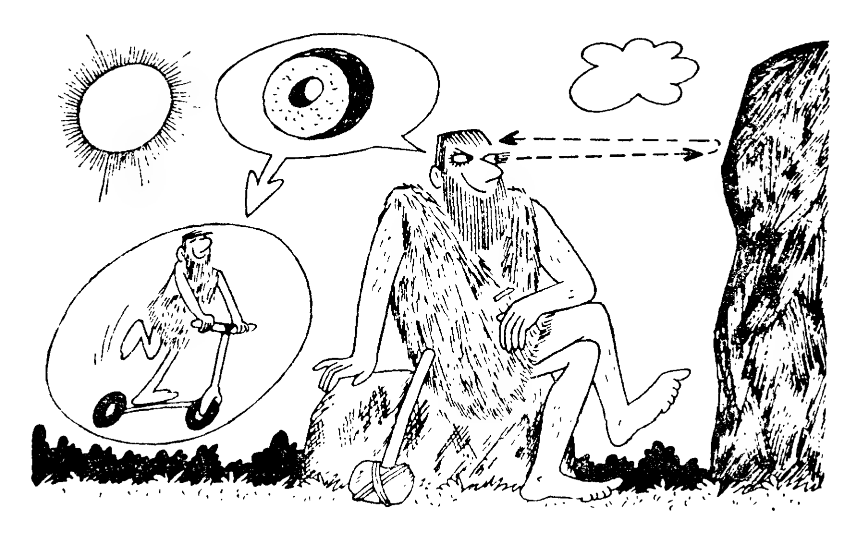
Хотелось бы сказать еще вот о чем. Не только среди недостаточно грамотных обывателей, но и в кругу высокообразованных людей приходится слышать, что постоянный контакт с психически больными накладывает «своеобразный» отпечаток на медицинский персонал, в том числе и на врачей. Причем говорящие иногда снисходительно улыбаются и многозначительно покручивают пальцем около виска: дескать, знаем мы их — они сами «такие». Безусловно, всякая профессия в известном смысле отражается на человеке: следователь обычно обладает обостренным вниманием, хороший воспитатель — чрезвычайным терпением, водитель автомобиля — быстрой реакцией, балерина — своеобразной «выворотной» походкой. Нет ни одного вида трудовой деятельности, который не требовал бы в определенной мере тренировки и развития одних качеств в ущерб другим. А вот психиатру нужны и внимание следователя, и терпение воспитателя, и быстрота реакций, и даже уверенная походка. Для большинства моих коллег характерны спокойствие, выдержка, высокая культура и интеллектуальная развитость. Современный специалист не может не знать, помимо всех тонкостей психиатрии, основы общей медицины и психологии, правовые, этические, социально-бытовые, этнологические и многие другие вопросы; он обязан постоянно следить за медицинскими журналами и переносить опыт других врачей в свою практику. Благодаря этому формируется научно-критическое мышление, а значит, возрастает мастерство правильной оценки поведения больного, анализа возникновения, течения и, наконец, прогноза психических заболеваний.

Перечисленные основные особенности, присущие, наверное, подавляющему большинству психиатров, так же как и прочие качества, порождаемые их деятельностью, не дают оснований ни для снисхождения к ним, ни для многочисленных намеков. Психические болезни не заразны, и никакие «вирусы» не могут способствовать «заражению» психозом.

В настоящее время психиатры пользуются заслуженным уважением как врачей, так и общественности. Они выполняют трудную, но почетную социальную и лечебную работу. П. Б. Ганнушкин считал, что психиатрии (а следовательно, и психиатрам) принадлежит особая роль. Вместе с судебной

медициной и социальной гигиеной она завершает образование врача, «как купол завершает и объединяет здание». Поясняя эту мысль, Ганнушкин обращал внимание на то, что социальная сторона не представлена ни в одной отрасли клинической медицины столь ярко, как в психиатрии.

Число психиатров в последние годы значительно увеличилось. В развитых странах мира их сейчас насчитывается свыше 60 тысяч. Психиатрам помогают специалисты смежных областей — наркологи, невропатологи, психологи, ученые и врачи самого разного профиля. Наличие столь мощной «армии» — важнейшее условие для выяснения еще неизвестных причин психических нарушений, их профилактики и своевременного лечения.



Глава 2

ЗАКОНЫ МОЗГА

ВСЛЕД ЗА НЕРВНЫМ ВОЗБУЖДЕНИЕМ

Психические процессы, начиная от простых ощущений и кончая сложнейшими актами мышления, обязаны своим существованием деятельности центральной нервной системы. Никакая функциональная активность, в том числе и психическая жизнь человека, невозможна без структурной основы, обеспечивающей ее «материализацию». Именно головной мозг — орган разума и безумия, одаренности и тупости, доброты и жестокости, воли и безволия, памяти и беспамятства, «повышенной нервности» и излишнего спокойствия — издавна привлекал внимание врачей и ученых. При помощи различных методов они пытались проникнуть в его внутренние структуры.

Менялись времена, менялось и вооружение исследователей: вначале они просто описывали мозг умерших людей, потом научились более детально осматривать отдельные его части, в микроскоп разглядели тончайшие срезы разных участков. Однако мертвый «материал» не мог подсказать, как выявить его прижизненные изменения, как проследить путь нервного возбуждения. Вместе с тем становилось по-

нятно, что, несмотря на свою главенствующую роль, мозг — лишь часть нервной системы, которая регулирует отношения между организмом и окружающим миром и между частями самого организма, поддерживая его единство и целостность и помогая ему совершенствоваться, приспосабливаться к изменяющимся условиям. Как же функционирует нервная система в целом?

К концу XVIII века интерес, удивление, а иногда и страх все чаще стали вызывать случаи, когда умершие люди и животные на мгновение вздрагивали, как бы оживая, при случайном взаимодействии с известными уже в то время электростатическими генераторами или «хранителем» электроэнергии — аккумуляторной (лейденской) банкой. Итальянец Луиджи Гальвани, судя по одной из версий, обратил внимание на болтающиеся в лавке на медных крючках лягушачьи тушки. Едва лапки лягушек касались железной перекладины, за которую держались крючки, они сокращались, как живые. В своей лаборатории Гальвани многократно повторял эти опыты. Опубликованные в 1791 году, они вызвали сенсацию: еще бы — к «мертвой материи» возвращалась жизнь! Однако сам Гальвани ничего не сумел объяснить. Позднее все прояснилось: при соприкосновении разных металлов (медный крючок и железная решетка) может возникать электрический ток. Он-то и был причиной наблюдавшихся конвульсий. На что же он действовал — на кожу, костную ткань, непосредственно на мышцы? Нет, только на нервы.

В первой половине XIX века уже было доказано, что у всех животных и у человека при жизни, а при определенных условиях и после смерти пропускание электрического тока через нерв, управляющий той или иной мышцей, вызывает ее сокращение. Движение тока по нерву рождается под влиянием раздражения лишь в том случае, если оно достигнет некоторого нижнего порога. Допороговых сил для этого еще недостаточно. Течет «нервный ток» не постоянно, а состоит из ряда импульсов. Причем характеристика этих импульсов независима от величины раздражения. Потому-то проведение импульса по нерву можно характеризовать как «все или ничего». С увеличением раздражения усиливается только частота (количество импульсов, посылаемых за один и тот же отрезок времени) электрических сигналов. Именно частота «тока» указывает на силу или слабость раздражителя.

Важным результатом наблюдений физиологов стало недавно найденное явление адаптации воспринимающих нерв-

ных клеток к постоянно действующим раздражителям. Частота импульсов на неизменный раздражитель постепенно снижается — нервная клетка как бы привыкает к нему. Уже здесь, на «клеточном уровне», проявляется аналитическая способность нервной системы и необходимость известной «новизны» восприятия для ее активности[1]. Усиливать раздражение нервной клетки можно лишь до определенного (для разных клеток по-разному) предела. Это — максимальный порог раздражения. Если переступить его границу, электрический сигнал «потухнет».

Анатомы и физиологи установили, что у всех развитых животных существуют два основных типа нервов. Нервы первой группы сигнализируют высшим отделам нервной системы о том, что происходит в мышце, в коже, в любом органе и участке тела. Они называются чувствительными, или афферентными. С их помощью сигнал о растяжении мышцы, поражении кожи, звуковом, световом и любом другом раздражении транспортируется в головной мозг. Нервы второй группы назвали двигательными, или эфферентными. По ним поступает «приказ» от центральной нервной системы к тому или иному органу или мышце, вследствие чего они производят определенное действие.

Если внимательно вчитаться в предыдущие фразы и обратить внимание на слова: «по нервам поступает приказ к мышце», «нервы сигнализируют о том, что происходит в любом участке тела», то неизбежно задашь вопрос: откуда же берется их «всеобщая универсальность», как практически они могут «контролировать» весь организм? Ткани тела животного и человека пронизаны нервными нитями, представляющими собой не что иное, как отростки нервных клеток — нейронов. У каждого нейрона есть один длинный отросток — аксон и несколько коротких — дендриты. По дендритам возбуждение входит в нейрон, по аксону — выходит.

Долгое время оставалось непонятным, почему при передвижении по нерву электрический импульс не ослабевает, ведь в любом проволочном проводнике часть энергии непременно затратилась бы на «проталкивание» тока. Оказывается, все дело в том, что такое сравнение сходно лишь внешне. В проволочном проводнике полученное вначале количество энергии не пополняется в пути, в нерве же импульс

---

[1] По мере рассмотрения механизмов функционирования не отдельных нервных клеток, а всей системы на конкретных примерах неоднократно будет подтверждаться общий характер этой закономерности.

на каждом последующем этапе как бы возобновляется за счет осуществляющихся там процессов. Его скорость зависит от многих факторов, и прежде всего от электрохимических свойств среды и от толщины самого нервного волокна. Импульсы распространяются быстрее по толстым нервным отросткам и медленнее — по тонким. От этого и скорость передачи нервного возбуждения в теле человека неодинакова: в одних случаях — до 300 и более километров в час, в других — до нескольких километров. Если учесть, что длина нервных волокон в теле животных и человека чаще всего равна долям метра, то легко допустить, что подвижность «нервного тока» может быть весьма большой.

Совсем недавно группа ученых под руководством академика П. Г. Костюка установила, что основной механизм передачи импульса по нервному волокну связан со способностью его оболочки (поверхностной мембраны) пропускать через свои белковые молекулы ионы кальция. Оказалось, что именно эти «кальциевые каналы» — основная связь между поверхностью и внутренней структурой нервной клетки, определяющая возможность воспринимать, генерировать и трансформировать нервную энергию.

Уже анатомическая структура нервной клетки указывает на то, как она «работает». Раздражение поступает в клетку по нескольким путям, а выходит — по одному. Значит, здесь же на месте оно должно быть «проанализировано» и либо суммировано, либо взаимопогашено, в результате чего и рождается «на выходе» определенный сигнал. «Выступающий» из нервной клетки отросток контактирует, как правило, с воспринимающей частью следующей клетки, что и прокладывает сигналу дальнейшую «дорогу».

Нервная клетка, воспринимающая при помощи отростков «информацию» от своей соседки и передающая его третьей, называется вставочной, в отличие от специализированных, которые переводят в нервное возбуждение множественные виды внешних и внутренних раздражений. (Из огромного числа — а ориентировочные подсчеты показывают, что нервная система человека состоит более чем из 30 миллиардов клеток — большая часть является вставочными.)

Выяснению сложного процесса «нервной эстафеты» помогли успехи современной физики. Еще относительно не так давно самый совершенный микроскоп увеличивал изображение не более чем в 3000 раз, что позволяло видеть лишь абрис нервной клетки с ее отростками. При этом не удава-

лось проследить, что происходит в месте соединения аксона одной клетки и дендрита другой, выделяется ли аксоном какое-либо химическое вещество или его тонкие волоконца непосредственно зацепляются за дендрит. Электронный микроскоп обладает разрешающей способностью в сто тысяч и более раз. Благодаря этому стало возможным определить детальное строение нервной ткани вплоть до отдельных молекул размером 8—10 ангстрем (один ангстрем равен 0,000 0001 миллиметра). Ученые увидели, что в конце аксона находятся мельчайшие пузырьки — везикулы, наполненные особым химическим веществом — нейромедиатором. Полагают, что, когда нервный импульс достигает окончания аксона, из везикул выделяется медиатор, который и способствует возникновению возбуждения в дендрите следующей клетки. К числу нейромедиаторов относятся дофамин, норадреналин, серотонин, ацетилхолин и некоторые другие химические вещества (всего около сорока). В настоящее время их научились выявлять и определять их количество в центральной нервной системе как в норме, так и при различных заболеваниях.

О зарождении нервного импульса во входных «воротах» клетки и его дальнейшем продвижении предстоит узнать еще многое, но уже добытые факты вооружили врачей, и они могут вмешиваться в механизм трансформации нервного возбуждения при ряде нарушений на уровне соприкосновения нервных клеток (в так называемых синапсах) путем введения нужных нейромедиаторов.

Выделяющееся в конце аксона химическое вещество оказывает на дендрит соседней клетки как возбуждающее, так и, наоборот, тормозящее влияние. «Раскладку» импульса и «приказ» к выходным «воротам» о выделении того или иного сигнала производит, как мы уже говорили, сама клетка. Здесь не все еще ясно, но безусловно в клетке идет элементарный анализ и обработка информационной «нервной энергии». Под руководством генетического аппарата, расположенного в клеточном ядре, происходит распад и синтез белковых структур — элементарный и всеобщий процесс жизнеобразования. Программа же этой молекулярно-белковой внутриклеточной динамики, определяющей функциональную настройку клетки, под воздействием информационно-раздражительных сигналов, вероятно, может изменяться. В этом существо потенциальной самостоятельности каждой структурной единицы нервной системы в анализе и переводе» на свой язык нервного сигнала. Усложняясь и преобра-

зовываясь на пути от одной клетки к другой, он достигает высших отделов нервной системы, где подвергается окончательному синтезу с другими сигналами. Однако рассказ об этом еще впереди...

МОЗГОВЫЕ ЦЕНТРЫ

Нервные клетки нельзя рассматривать изолированно и сугубо схематично, в отрыве от миллиардов их соплеменниц, потому что нервная деятельность возможна и определяется только их совместными «усилиями». В настоящее время подсчитано, что каждая клетка имеет около 7 тысяч прямых и опосредованных связей с «соседками».

Выше уже отмечалось, что по своей «специализации» они делятся на воспринимающие раздражение (рецепторные нейроны), анализирующие и передающие сигнал в центральные части нервной системы (вставочные нейроны) и клетки-путепроводы к тем органам, которые участвуют в реализации ответа. Рецепторные нейроны очень разнообразны, и особенности их строения тесно связаны с функциями, которые они выполняют. Это видно уже по названиям: световые рецепторы составляют основу зрительных органов — глаз, звуковые — лежат во внутреннем ухе, обонятельные — расположены в носу, есть еще рецепторы прикосновения, давления, температуры, химического состава и так далее. Они, по выражению И. П. Павлова, «разлагают внешний мир на элементы, а затем трансформируют раздражение в ощущение». Несмотря на строгое разграничение обязанностей, все рецепторные окончания анализаторов преобразовывают сигналы в специфическую энергию, которая начинает свой путь по нервным проводникам. При помощи рецепторов центральная нервная система получает обширнейшую информацию, в том числе и о многочисленных изменениях, постоянно происходящих внутри организма.

Конструкция рецепторов и проводников наглядно показывает необходимость отбора поступающих «сведений» для их передачи в «центр». Скажем, сетчатка глаза у человека содержит около 120 миллионов специфических рецепторов (примерно 112 миллионов так называемых палочек и 7 миллионов колбочек). Зрительный же нерв, в который «складываются» нервные веточки, идущие от рецепторов в сетчатке глаза, состоит лишь из одного миллиона волокон (почти на 98 процентов меньше). Значит, уже в сетчатке анали-

тически обобщаются раздражающие рецепторы воздействия.

Или вот, например, схема того, как мы ощущаем тепло и холод. На поверхности нашего тела имеется свыше 280 тысяч отдельных «температурных точек». Из них 30 тысяч при помощи рецепторов воспринимают только тепло, а 250 тысяч — только холод. Наиболее чувствительны области век, грудных желез, спины, то есть те места, где больше температурных рецепторов, и наоборот — не столь чувствительны кожа головы, слизистые оболочки рта и прочее, где этих рецепторов не так много. Механизм их работы теперь уже расшифрован: при отклонении от нормы в точке кожной поверхности меняется химико-электрическая характеристика соответствующего терморецептора, в результате чего возникает потенциал возбуждения, передающийся по нервной системе и согласующийся с другими.

А что происходит при механическом раздражении любого кожного участка? Как «действуют» рецепторы прикосновения и давления? Прежде всего смещается наружная часть волосков, покрывающих поверхность тела. Это смещение затрагивает и основание волосков, растягивая или сжимая расположенные там тончайшие нервные окончания, что служит первопричиной зарождения в «нервных воротах» электрического импульса.

Число таких рецепторов тоже неодинаково. К примеру, на одном квадратном сантиметре поверхности головы насчитывается 200—300 «приборов», реагирующих на механическое раздражение, а на такой же площади кожи голени — 10—12. Вообще же их у человека примерно 600 тысяч.

Природа использует много остроумнейших приспособлений для возбуждения рецепторов. Чем больше на них попадает механической, химической, световой, звуковой и других видов энергии, тем больше и количественные характеристики вызванного потенциала. Однако нервные окончания, как мы уже говорили, могут «пропустить» раздражение только в ограниченных пределах. Тому же глазу доступна лишь определенная длина световых волн. Как известно, видимый свет является частью спектра электромагнитного излучения. Он заключается в диапазоне волн между 400 нм[1] (воспринимаемыми как фиолетовый цвет) и 700 нм (красный). Свет с длиной волны в 450 нм «выглядит» как синий, 500 нм — как зеленый, 600 нм — как оранжевый. Конечно, существует

---

[1] Нм — нанометр — одна миллиардная часть метра (10^{-9}м). Раньше эту единицу называли миллимикроном.

множество переходов различаемой цветовой гаммы, но за рамки 400—700 нм она обычно не распространяется. Вне этих границ глазные рецепторы человека уже не действуют. В течение жизни тем не менее заданный предел может изменяться, что лишний раз подтверждает общее в естествознании положение: на развитие органов непосредственно влияют выполняемые ими функции. Иными словами, если появляется необходимость и орган (в нашем случае рецепторы) «работает» с предельной нагрузкой, то его функциональные возможности со временем несколько расширяются. Отсюда и глаза некоторых людей в состоянии различать свет с длиной волны значительно ниже средней «видимой» величины, не превышающей даже 300 нм, или подниматься до максимума — за 1000 нм, что ослепило бы большинство из нас.

Способность слышать, видеть, осязать и т. д. зависит от целого ряда «качеств» человека, которые обусловлены его индивидуальными особенностями, сознательной психической деятельностью, тренировкой, профессией, накопленными знаниями. Очень хорошо об этом говорится в рассказе писателя С. Антонова «Встреча в лесу». Умудренный жизненным опытом старик рассказывает о том, как он собирает грибы: «...разные люди разное видят... Идет впереди Сашка, мой внучок, я — за ним по стежке. Куда уж глазастый и специалист по грибам, а и он находит, и я нахожу, только в разных местах. Он-то смотрит с аршина, а я — с двух. Разница!»

Действительно, установив, куда смотреть и что находить, гораздо легче можно и увидеть, и найти, пользуясь ничего не значащими для другого человека деталями. Великий русский ученый Д. И. Менделеев писал по этому поводу: «Чтобы найти, надо ведь не только глядеть и глядеть внимательно, но надо и знать многое, чтобы знать, куда глядеть». При этом, как отмечал известный советский психолог Д. Н. Узнадзе, «в каждый данный момент в психику действующего в определенных условиях субъекта проникает из окружающей среды и переживается с достаточной ясностью лишь то, что имеет место в русле его актуальной установки».

...Определенная ограниченность восприятия — это своего рода защитная реакция. Ведь люди живут среди хаоса раздражителей, и, если бы все, порой прямо противоположные, сигналы вторгались в мозг, их анализ был бы просто невозможен. В течение длительной эволюции организм отбирал

для себя самое приемлемое. Так, длина «нужных» световых волн установлена в соответствии с привычной дневной освещенностью, звуковых — мощностью человеческого голоса, то есть факторами, первостепенно важными для людей.

У животных границы ощущений, приносимых через рецепторы в центральную нервную систему, тоже во многом зависят от жизненных условий.

Для «улавливания» тех или иных раздражителей имеют значение и постоянно меняющиеся физиологические свойства самих рецепторов, тканей, в которых они заложены, организма, как такового. Эти свойства в свою очередь зависят от питания тканей, кровоснабжения, индивидуальных особенностей центральной нервной системы. Их нарушение нередко лежит в основе многих болезненных расстройств.

До сих пор речь шла о воспринимающих и вставочных нервных клетках. Клетки третьего типа (эфферентные нейроны) расположены в конце пути нервного импульса. В целом они мало чем отличаются от первых двух групп, но если рецепторы и все вставочные нейроны передавали раздражение друг другу, то клетки третьего типа должны уже командовать тем или иным рычагом — мышцей (в подавляющем большинстве случаев), эндокринной железой и т. п. Электронная микроскопия позволила ученым увидеть, как это делается. В конце эфферентного нейрона есть специальное образование, выделяющее в зависимости от нервного импульса такое химическое вещество, которое переводит мышечные волокна из расслабленного положения в напряженное, и наоборот. Так создаются предпосылки для того или иного действия.

Основываясь на знании строения и свойств отдельных нервных клеток, можно, правда условно и схематично, говорить целиком о всей нервной системе.

Начинаясь в различных участках тела в виде сети «чувствующих» окончаний, рецепторные волокна соединяются между собой в нерв. Все нервные стволы входят в позвоночный канал на разных его уровнях и, объединяясь со множеством других, продвигаются дальше — к головному мозгу в виде своеобразного кабеля, состоящего в конце пути из миллионов нервных волокон. Большая часть этих волокон (помните? — афферентные нейроны) передает информационные сигналы в головной мозг, меньшая (эфферентные) несет результаты переработки — приказы мышцам и органам. Последние, «покидая» позвоночный канал и постепен-

но разделяясь, составляют вторую сеть нервных, на этот раз «действующих», окончаний.

Каждое нервное волокно в спинном мозге имеет толщину в несколько микрон. Чем ближе к головному мозгу, тем толщина всего «кабеля» больше.

Спинной и головной мозг представляют собой центральную нервную систему, а многочисленные ответвления, буквально пронизывающие человеческое тело,— периферическую. Деятельность ее частей находится под постоянным контролем и регулирующим влиянием коры головного мозга.

Нервные проводники покрыты особой оболочкой — миелином,— не позволяющей им «замыкаться», что очень важно в «тысячежильном кабеле». Но спинной мозг не просто механический собиратель проводников, он — элемент центральной нервной системы, анализирующей импульсы и отдающей приказы периферии. Для простых, прежде всего двигательных, рефлексов спинной мозг является высшей инстанцией — именно в нем контактируют волокна чувствующих и двигательных нервов. Для более сложных рефлекторных актов необходимо уже непосредственное вмешательство головного мозга.

Строение головного мозга сейчас известно почти каждому: это ствол — прямое продолжение позвоночного канала, располагающийся над ним мозжечок и большие полушария, прикрывающие своим верхним слоем — корой, как плащом, весь мозг, плотно заполняя при этом свободные пространства внутри черепа. Как и остальные «фрагменты» нервной системы, головной мозг состоит из так называемого серого и белого вещества: серое — тела нервных клеток, белое — их отростки.

Кора больших полушарий — скопление огромного числа нейронов, специалисты считают, что в ней 14—16 миллиардов нервных клеток. В одном кубическом сантиметре серого вещества некоторых отделов головного мозга их более шести миллионов. В крохотном пространстве — столько структурных единиц нервной системы! Каждая клетка здесь и по своему строению, и по механизму действия в принципе не отличается от всех остальных вставочных нейронов. Однако у нее гораздо больше входных «ворот» — дендритов, сложным образом соединяющих ее с тысячами соседей, а значит, и больше возможностей для восприятия сигналов. Выход же из клетки для пришедшей в нее информации, как и во всех других случаях, один — через аксон.

И тут архитектоника клеточных систем подсказывает особенности их «работы».

Если где-то вначале нервный импульс зарождается в рецепторах, если в середине движения к головному мозгу и в последующем — от него к мышцам нервные клетки играют двоякую роль: в какой-то мере «анализируют» раздражение и транспортируют его к следующему нейрону, то в коре головного мозга завершается аналитический синтез импульса и тот преобразовывается в качественно иной — «приказывающий» сигнал. Специфика клеток коры мозга сказывается не только во множестве дендритов, но и в чрезвычайно коротком выходящем из клетки проводнике возбуждения (функция проведения почти снимается). Аксоны этих клеток значительно меньше, чем у всех других нейронов.

Белое вещество — переплетение отростков нервных клеток — в головном мозге напоминает плотный комок то собранного в пучки, то запутанного многопроволочного кабеля. Исследователям удалось распутать его и по ниточке проследить соединения отдельных нервных путей, выходящих из спинного мозга и возвращающихся к нему.

В самом крупном из отдельных проводящих скоплений головного мозга, так называемом мозолистом теле, насчитывается около 300 миллионов отростков. Большинство основных нервных «артерий», попадая в головной мозг, перекрещиваются, поэтому к правому полушарию «подключаются» сигналы из левой половины тела, к левому полушарию — из правой. Вот почему поражения в правой части головного мозга вызывают нарушения в левой половине тела, и наоборот.

Сигналы с периферии, достигая тех или иных скоплений клеток коры, как бы завершают маршрут нервного возбуждения. В конце пути имеются своеобразные «представители» органов слуха, зрения, речи и т. д. В их изучении первое место принадлежит эксперименту на людях, хотя слово «эксперимент» тут вряд ли приемлемо — на людях никто не планирует никаких опытов. Печальная необходимость, однако, дает возможность познавать локализацию функций мозга, когда приходится прибегать к хирургическому вмешательству.

Ткань мозга, самого чувствительного материала, созданного природой, не чувствительна к своему непосредственному раздражению. Хирург, после того как он разрезал кожный покров, проник в полость черепа и рассек тонкие оболочки мозга, перестает пользоваться анестезией. Мозг без-

болезнен, потому что в нем отсутствуют болевые рецепторы. Благодаря этому во время операций на мозге человек обычно остается в сознании и может рассказывать о своих ощущениях.

Значительно облегчило дело применение и специальных электродов. Это тоненькая проволочка из сплавов, покрытая изолирующим материалом, за исключением самого кончика. Проволочка вводится в мозг так называемым стереотаксическим устройством, позволяющим направлять ее именно в заданную точку. При помощи такого электрода можно записывать электрические потенциалы места, к которому он подключен, и непосредственно посылать в мозг импульсы, чтобы конкретно определить участки, ответственные за ту или иную функцию. При раздражении одного из них как бы «оживают» кисти рук, другого — пальцы сжимаются в кулак, третьего — так или иначе двигается туловище, четвертого — наклоняется голова и т. д. Оказалось, что в процессе эволюции в коре мозга формировался особенно тщательный контроль за тем, что первостепенно важно для организма. Это нашло свое отражение и в размерах «руководящих» участков мозга. Например, в коре есть достаточно обширная зона, управляющая движением пальцев рук. Зона же, управляющая движением пальцев ног, гораздо меньше.

Параллельно с каждым «пунктом», «командующим» мышечной работой тела, в коре головного мозга расположена и чувственная (сенсорная) область, где сосредоточиваются окончания соответствующих афферентных нейронов.

И все же неправильно было бы думать, что любой участок коры мозга строго очерчен каемкой границы. Она может меняться в ходе деятельности, а при повреждении одних центров их нередко заменяют соседние благодаря существующим между ними многочисленным взаимосвязям.

Большое значение для понимания механизмов высшей нервной и психической деятельности человека имеют выявившиеся в последнее время функциональная асимметрия и специализация полушарий головного мозга. Лауреат Нобелевской премии профессор Калифорнийского технологического института Роджер Сперри в середине 60-х годов провел серию наглядных экспериментов. Кошкам рассекали мозолистое тело, соединяющее левое и правое полушария, и обе части мозга симметрично разъединялись. После операции животным поочередно завязывали глаза и пытались обу-

чать каким-либо навыкам (узнаванию квадрата, круга и др.). Оказалось, что, научившись видеть и «понимать» одним глазом, кошки лишались приобретенных способностей, если смотрели вторым — «необученным». До операции аналогичного разобщения не было. Изолированные и внешне равные части мозга, как выяснилось, могут самостоятельно воспринимать, анализировать и усваивать информацию. Однако в этих случаях (не образно говоря, а буквально) правая рука не знает, что делает левая. Углубленные исследования показали, что функциональные обязанности полушарий мозга у высших животных и особенно у человека не одинаковы. Во-первых, подтверждена давно известная истина — деление людей на правшей и левшей зависит от преобладания активности (доминирования) одного из полушарий. Во-вторых, и это самое главное, обнаружено, что у правшей (считается, что к ним относится до 90% людей) левое полушарие ведает речью, памятью, логическими рассуждениями, правое — музыкальным слухом, пространственным мироощущением, восприятием зрительных образов. У левшей «обязанности» полушарий меняются. Но так или иначе оба полушария с разных сторон «анализируют» одну и ту же информацию или решают стоящую перед человеком задачу. При выключении одного из полушарий остается возможность лишь однобокого, частичного анализа. Невропатолог профессор А. М. Вейн обратил внимание на то, что, когда у композиторов Равеля и Шапорина произошло кровоизлияние в левое полушарие мозга, они не могли больше говорить и писать, но сохранили нотную память (отличную от речевой), концентрирующуюся в правом полушарии, и продолжали сочинять музыку.

Считается, что специализация полушарий во многом формируется при жизни человека под влиянием традиционных нагрузок на органы чувств, движений и обучения речи и письму. В функциональном разделении и последующем объединении восприятия окружающего человеческим мозгом скрыт один из «секретов» его эволюционного развития.

Головной мозг состоит не только из самого сложного, но и из очень нежного вещества. Через него в минуту протекает в среднем 740—750 мл крови. Уже через 8—10 секунд после прекращения мозгового кровообращения человек теряет сознание, а через 4—5 минут там наступают необратимые, гибельные процессы. Жизнедеятельность же остальных органов может быть восстановлена порой даже через

несколько десятков минут отсутствия кровоснабжения.

Вес головного мозга людей по сравнению с животными относительно велик. Он равен в среднем 1/50 части веса тела, в то время как у обезьяны — 1/100, у лошади — 1/400, у кита — 1/20 000 и т. д. При этом головной мозг в 50 раз тяжелее спинного, а для лошади, например, эта разница — два к одному. Внутри же головного мозга у человека значительно преобладают, в отличие от животных, кора больших полушарий по отношению к подкорковым узлам и лобные отделы по отношению к другим мозговым структурам. Средний вес головного мозга у людей равен 1350 г, что обычно соответствует примерно 2 процентам веса тела. Однако для своей нормальной жизнедеятельности, требующей немалого расхода энергии, он потребляет более 18 процентов всего кислорода, поступающего в организм.

Умственное развитие человека не зависит от величины мозга. Взгляды ряда зарубежных ученых на то, что мозг «цивилизованного» белого намного тяжелее мозга африканского «дикаря», призванные прежде всего оправдать расовые теории, давно уже отвергнуты научными фактами. Специально проведенное по одной и той же методике изучение мозга 11 тысяч умерших европейцев показало, что его средний вес — 1361 г, а у 190 негров — 1316 г. Исследование мозга известных мыслителей также свидетельствует о том, что один этот фактор не может служить критерием ума и одаренности личности. Вес мозга И. С. Тургенева оказался очень большим — 2120 г, И. П. Павлова — 1653, а Анатоля Франса — всего 1170 г. Известны и такие случаи, когда у умственно отсталых людей вес мозга превышал три килограмма...

Если обозреть весь пройденный путь эволюции, то, конечно, можно констатировать увеличение и объема мозга, и его веса. Возраст человеческого рода, по последним данным археологов и антропологов, как известно, превышает 2 миллиона 600 тысяч лет. Обнаруженный на севере Олдуванского ущелья, в Танзании, череп древнейшего нашего предка — Гомо Хабилиса («Человека умелого») позволил прийти к заключению, что объем его мозга был чуть больше 650 кубических сантиметров. Что же касается веса, то тут его значительно обогнали такие представители обезьяноподобных людей, как питекантроп, синантроп, гейдельбергский человек, жившие на миллион с лишним лет позже. Но ведь и по общему физическому развитию «Человек умелый» заметно уступал последующим поколениям. По заклю-

чениям специалистов, это было маленькое двуногое существо ростом всего 120—140 сантиметров. В своем привычном для нас облике человек сложился и сформировался примерно 50 тысяч лет назад (специалисты говорят в данном случае о разумном, «готовом» человеке), но уже доказано, что с тех пор объем и вес его головного мозга практически не изменились, равно как и основные мозговые структуры. Разумеется, биологическая эволюция продолжается, подчиняясь законам живой материи, но сейчас превалирует эволюция функциональной активности мозговых образований в условиях возрастающего нервно-психического напряжения, вызванного социальными перестройками, усложняющимися отношениями между людьми. Видимая анатомия «органа сознания» остается прежней, все дело в его огромных внутренних резервах.

Сказанное подтверждается еще и тем, что на строение головного мозга не влияют расовые различия — цвет кожи, особенности лица, форма черепа, пропорции тела и прочее. У европеоидов, монголоидов, негроидов и т. п. потенциальные возможности центральной нервной системы в принципе идентичны. Разница — в реализации этих возможностей, что и определяет индивидуальное и групповое своеобразие людей в тех или иных районах Земли, в тех или иных странах. Здесь прослеживается строгая закономерность: отсутствие функциональной активности и, следовательно, работы на полный режим снижает темп саморазвития, ведет к атрофии, «затуханию» функций как отдельных клеток, органов, так и организма в целом; напротив, возрастающая активность способствует их дальнейшему прогрессу.

РЕФЛЕКСЫ

Деятельность нервной системы, как правило, носит отраженный характер, является ответом на какое-либо раздражение. Иначе ее называют рефлекторной.

Термин «рефлекс», заимствованный из области физических явлений в XVII веке, ввел в физиологию великий французский естествоиспытатель Рене Декарт. Еще до конца прошлого столетия рефлексами объясняли лишь элементарнейшие реакции, и только наши знаменитые соотечественники И. М. Сеченов и И. П. Павлов в начале XX века доказали, что они составляют основу всех процессов, совершающихся в организме человека и животных.

Рефлексы могут быть простыми — непроизвольное отдергивание руки от пламени, зажмуривание глаза при попадании соринки и так далее — и очень сложными, когда в них принимают участие многие системы. Например, если человек ощущает холод, в его теле уменьшается теплоотдача и увеличивается выработка тепла: усиливается обмен веществ, сужаются сосуды кожи, прекращается потоотделение. Как бы ни был «многоступенчат» рефлекторный акт, для него необходимо наличие следующих звеньев: 1) аппарата, воспринимающего сигналы; 2) центростремительных нервов, связывающих рецепторы с центральной нервной системой; 3) нейронов (нервных клеток с отростками) в центральной нервной системе; 4) центробежных нервов, связывающих центральную нервную систему со всеми органами и тканями тела, и, наконец, 5) рабочих органов (то есть мышц, эндокринных желез и пр.), реализующих ту или иную «команду».

Побуждение к действию, однако, не всегда вызвано какими-либо внешними причинами. Если бы это было так, то все реакции организма определялись бы главным образом воспринимающим аппаратом и находились в прямой зависимости от раздражителя (в этом случае люди навсегда остались бы рабами окружающей среды — они лишь подстраивались бы под нее). Но у высших животных и особенно у человека побуждение к действию может непосредственно формироваться в центральной нервной системе. Именно благодаря внутренним мотивам, волевому поведению человек не только максимально «приспосабливает» себя к действительности, не только оптимально «перерабатывает» внешние возбудители, но и направленно вмешивается в них. Своими поступками он может нарушать относительное равновесие со средой. Непосредственным толчком к этому обычно служит социальная активность.

Важным достижением в понимании рефлекторного действия стало представление об «обратной связи», то есть своеобразной перепроверке совершенного. Каждый новый акт (или его этап) совершается с учетом предыдущего.

Все сказанное свидетельствует о том, что рефлекторная деятельность далеко не всегда является выражением прямолинейной, как считали раньше, зависимости между раздражающим началом и ответным откликом, а отражает сложное, «кольцевое» взаимодействие многих звеньев рефлекса. При некоторых условиях, в том числе и при ряде нервно-психических расстройств, он может родиться в любом звене,

а не в результате непосредственного раздражения специфических рецепторных клеток.

Схематически перечисленные основные компоненты рефлекторного акта свойственны прежде всего проводящей системе, которая, начинаясь от рецептора, доставляет соответствующий импульс в определенную область коры головного мозга. Наряду с этим часть любого сигнала попадает в подкорковые образования, где расположены вегетативные центры. Возникшее здесь возбуждение также продолжает двигаться к коре головного мозга, однако оно затрагивает уже не отдельные узкие зоны, как это имеет место при прохождении специфического пути, а широкие участки. В этих случаях теряется «лицо» импульса, первостепенное значение приобретает количественная характеристика раздражения. Этот «транспортный» отрезок в центральной нервной системе называется неспецифическим. Предполагают, что специфический путь возбуждения способствует прежде всего качественному анализу породившей его причины (размеры, цвет и т. д.), а неспецифический — определяет биологическую значимость раздражителя для организма, вызывая в той или иной мере выраженные чувственные эмоции и вегетативную реакцию.

Рефлексы подразделяются на безусловные, или врожденные, и условные, или приобретенные. Безусловные рефлексы передаются определенными нервными «путепроводами» без активного участия коры головного мозга и носят постоянный характер. Так, младенец при прикосновении губами к материнской груди производит сосательное движение. То есть существует врожденная связь между воспринимающими и рабочими органами. На базе безусловных рефлексов в течение жизни человека, буквально с первых же ее часов, возникают рефлексы временные, условные, лежащие в основе тонких механизмов уравновешивания организма с внешним миром, обусловливающие все сложности человеческого мышления и творчества.

Для примера возьмем широко распространенный в физиологии опыт. У собаки выведен наружу проток слюнной железы. Если ей давать пищу, то из слюнного протока будет выделяться слюна. Это «работает» безусловный пищевой рефлекс — раздражение ротовой полости вызывает выделение слюны, которая необходима для обработки пищи. Вторая часть опыта заключается в следующем: перед началом кормления собаки периодически зажигают яркую лампочку и только потом дают еду. После нескольких таких сочетаний

слюна начинает выделяться на один только световой сигнал. Образовался условный пищевой рефлекс. Свет лампочки стал для собаки «синонимом» кормления.

Все это возможно только при непосредственном «вмешательстве» коры головного мозга. Когда у животных ее удаляют оперативным путем, условные рефлексы выработать не удается.

Выше уже упоминалось о том, что все происходящее вокруг человек, так же как и животные, воспринимает при помощи органов чувств с участием «корковых представителей» этих органов. Такой механизм получения информации создается первой сигнальной системой. Однако человек способен судить об окружающем мире не только по непосредственным сигналам, но и по их словесным обозначениям: видимые и слышимые слова являются вторичными сигналами, «сигналами сигналов», реальной основой отвлеченного мышления и речи.

Сложнейшее психическое восприятие свойственно только человеку и возможно благодаря второй сигнальной системе. Она возникла и развилась в тесном единстве с первой в результате трудовой деятельности людей, их общения друг с другом. Вторая сигнальная система базируется на временных связях, словесные раздражители заменяют человеку бесчисленное множество прямых воздействий. Ведь люди обладают способностью к отвлеченным суждениям, к обобщению явлений, даже если они с ними никогда не сталкивались.

Итак, нервное возбуждение идет от органов чувств к мозгу, и после соответствующего анализа следует ответная двигательная реакция. Сколько на это надо, хотя бы примерно, времени? Для сравнительно простых реакций, не имеющих различных, порой альтернативных вариантов решения, приблизительно 0,1—0,2 секунды. Причем такой показатель ненамного колеблется у разных людей. При сложных реакциях на ответ требуется уже 0,5 секунды и больше. К тому же «разброс» скорости реагирования в зависимости от индивидуальных способностей человека, его опыта и знаний может быть очень заметным.

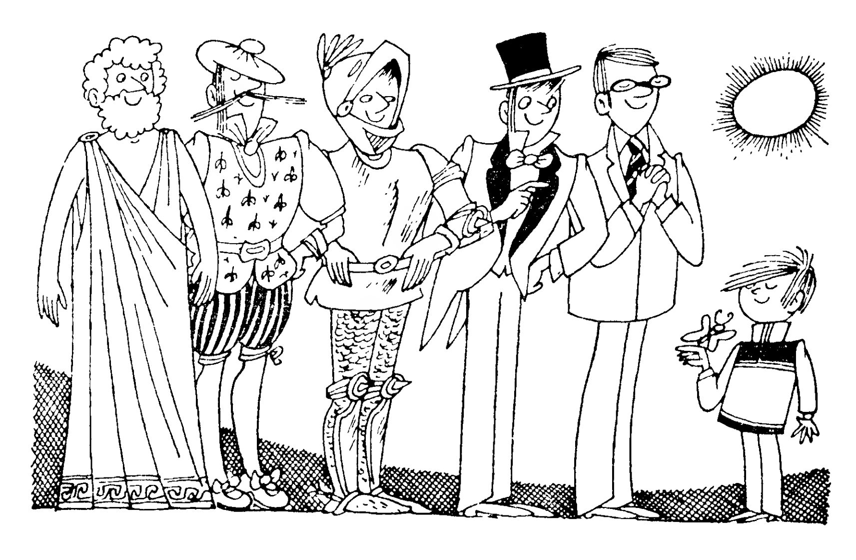
Любая реакция человека — результат взаимодействия первой и второй сигнальных систем, вместе составляющих нейрофизиологическую базу для всех видов психической деятельности.

В числе важных условий нормальной активности центральной нервной системы — торможение выработанных, но

потерявших свое значение рефлексов. Различают внешнее, или безусловное, торможение, и внутреннее, или условное. В первом случае условные рефлексы затухают тогда, когда начинает превалировать более сильный раздражитель. Если собаке при кормлении показать кошку, это подавит пищевой рефлекс. Внимание собаки мгновенно перестроится в новом направлении. Для внешнего торможения не надо ни упражнений, ни опыта.

Внутреннее торможение как бы отодвигает ставшие «ненужными» условные рефлексы. Постепенно забываются факты, утратившие свою актуальность, разрушаются уже приобретенные навыки. Механизмы внутреннего торможения обеспечивают концентрацию внимания, способствуют любой целенаправленной работе.

Основные нервные процессы, взятые изолированно, лишены упорядоченности и координации. Они — лишь части сложной системы, которая может нормально функционировать только при взаимодействии всех механизмов. Каждый из них помимо «частных» выполняет и важные общие задачи. Благодаря этому создаются предпосылки для экономичной оптимальности в деятельности мозга, обеспечивающей психическую активность человека.



Глава 3

ПСИХИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

РАЗДЕЛЬНОЕ — ЛИШЬ ЧАСТЬ ЦЕЛОГО

Чтобы углубленно и всесторонне разобраться в законах психики, ее нередко искусственно расчленяют на сравнительно элементарные и относительно легко поддающиеся описанию «фрагменты». На самом же деле психическая деятельность едина и неделима. Известный советский психолог С. Л. Рубинштейн говорил по этому поводу: воспринимает не изолированный глаз, не ухо само по себе, а конкретный живой человек, и в его восприятии всегда в той или иной мере сказываются его потребности, интересы, стремления, желания и чувства. Психическая жизнь — целостный, хотя и многогранный процесс отражения индивидом окружающего мира во всем его разнообразии. Попытки объяснить сложнейшие формы сознания только слишком узкими отдельными «звеньями» неизбежно заводили в тупик.

Современное исследование биологических проблем все шире сталкивается с необходимостью системного учета всевозможных факторов. В полной мере это относится и к изучению мозговых механизмов человека, для чего все чаще используется системный анализ. Он позволяет выявлять един-

ство отдельных подсистем, ответственных за ту или иную функцию, обычно рассматриваемую изолированно.

Небезынтересно отметить, что еще в 1932 году академик И. П. Павлов пришел к такому выводу: «Человек есть, конечно, система (грубее говоря — машина), как и всякая другая в природе, подчиняющаяся неизбежным и единым для всей природы законам; но система, в горизонте нашего современного научного видения единственная по высочайшему саморегулированию... С этой точки зрения метод изучения системы-человека тот же, как и всякой другой системы: разложение на части, изучение значения каждой части, изучение связи частей, изучение соотношения с окружающей средой и в конце концов понимание, на основании всего этого, ее общей работы и управление ею, если это в средствах человека...» Как бы в подтверждение чешский психолог Й. Лингарт подчеркивает, что психической системой следует считать интеграцию «упорядоченных единиц психической деятельности», возникающих на основе взаимодействия «индивида с его средой».

Количество таких единиц очень велико; при известном допуске можно говорить, что они охватывают весь организм и в большей или меньшей мере, прямо или косвенно формируют механизмы психической деятельности.

Одно из ведущих мест занимает система, обеспечивающая восприятие и переработку информации. Без нее не могут функционировать отдельные клетки, органы и ткани, не может проявляться и психическая деятельность. Активность этой системы определяется рядом схематических звеньев, обычно включающих: а) поиск информативных данных, осуществляемых как осознанно, целенаправленно, так и пассивно, подсознательно; б) анализ и синтез полученной информации; в) хранение информации; г) использование информации.

Каждое из этих звеньев основано на «способах» отражения, в высшей степени специализированных у человека. В клинической практике у больных, особенно с невротическими расстройствами, достаточно четко видна зависимость нормально протекающей, адаптированной психической деятельности от полноты имеющейся информации по тому или иному конкретному вопросу. То есть чем избыточнее объем информации, возможности контроля ее достоверности и применения, тем скорее человек приспособится, в том числе и к особым, так называемым экстремальным условиям. Из этого следует, что чем меньше в силу самых разных причин

«поток сведений», тем больше вероятность, что при необходимости принимать решения в ограниченное время будут развиваться болезненные отклонения, обусловленные состоянием психической дезадаптации.

Упомянутый уже чешский исследователь Лингарт считает, что неполная информация, предусматривающая наличие многих альтернатив, вызывает состояние неуверенности, которое в свою очередь порождает ориентировочный («любознательный») поиск. Иными словами, человек стремится уменьшить степень своей неуверенности. Правда, тут нередко приходится наблюдать парадоксы. Есть люди, которые бессистемно хотят знать все. Они читают книжные новинки и отыскивают в библиотеках редкие издания прошлого, стараются смотреть все кинофильмы и спектакли, посещают, жалуясь на нехватку времени, бесчисленное количество выставок и диспутов, занимаются на различных курсах. Казалось бы, удовлетворенная любознательность должна перерасти когда-то в иное качество — в способность творческого использования полученной информации. К сожалению, так бывает далеко не всегда. С другой стороны, люди, избегающие слишком обильного потока сведений, сознательно отказывающиеся от познания многих деталей даже в интересующей их сфере, порой оказываются более подготовленными для собственного решения тех или иных вопросов. Если человек не умеет мыслить и анализировать, вся его формальная осведомленность бесполезна.

Причиной недостатка информации или невозможности ее использования могут быть различные биологические и социально-психологические факторы. Под их влиянием всегда взаимосвязанные названные выше звенья могут разрушаться, функционировать ослабленно или извращенно. В сумме все это определяет многие клинические варианты психических расстройств.

Представление о системности сложных психических процессов делает возможным понимание одинаковых болезненных проявлений при различных повреждениях мозга. Затрагивая отдельные участки той или иной системы в каких-либо пунктах, травмирующее воздействие дезорганизует ее активность в целом. И как результат — достаточно ограниченный «набор» патологических симптомов.

Структурно-функциональное поражение тканей головного мозга или их недоразвитие могут привести к полной «остановке» психической деятельности, служить непреодолимым препятствием для восприятия, переработки и использо-

вания информации. Частичное их поражение — к искажению получаемых сведений, а незначительная дисгармония — к ослаблению возможностей всей системы. Именно в таких случаях, как правило, возникают невротические состояния.

Социально-психологические факторы, наряду с функционально-органическими изменяющие возможности анализа и применения информации, отличаются своим многообразием. К их числу относятся совершенствование способностей, тренировка памяти, направленность интересов личности, индивидуальные эмоционально-волевые качества, объем и глубина приобретаемых в течение жизни знаний и так далее. Все это значительно увеличивает варианты получения и главным образом «осмысления» информации.

Отдельные схематически выделенные звенья рассматриваемой системы, которые, несомненно, находят свое отражение в любом акте психической деятельности, могут быть представлены как частное выражение кибернетического анализа с использованием метода аналогии. Директор института социальной психологии Страсбургского университета профессор Абраам Моль предложил достаточно универсальную «блок-схему». Первый этап исследования (восприятия) любого вопроса начинается с поиска аналогии определяемого объекта с другими (в том числе и имеющимися в памяти) на основании сопоставления наиболее существенных данных. Затем — сопоставление имеющейся информации с ограничивающими ее условиями, необходимыми для упорядоченного анализа, синтеза и практической реализации результата исследования.

Система активного восприятия и преобразования информации, как она ни важна, составляет лишь часть механизмов психической деятельности. Внимание, воля, эмоции, память, мышление, речь, процессы, обеспечивающие сон и бодрствование, и некоторые другие, а также особенности идейных установок человека и его социальных контактов — каждая из этих сторон, являясь компонентом целого, состоит из своих собственных подсистем. В той или иной мере связанные с переработкой информации, они имеют и самостоятельное значение.

Как ведущие, так и второстепенные звенья механизмов психической деятельности динамичны, всегда находятся в развитии и во взаимодействии, при необходимости компенсируя недостатки друг друга. В этом заключается общая закономерность в функционировании различных систем — их общая устойчивая активность изменяется в меньшей сте-

пени, чем отдельных составляющих. Это отражает качественное отличие активности целого в сравнении с его частями. Не к данной ли закономерности непосредственно относится старая мудрость — «целое больше, чем сумма его частей»?

Тут представляется правомерным провести еще одно сопоставление.

С точки зрения кибернетики любая система устойчива только без сдерживающих ее жестких рамок. Известные колебания тех или иных «участков» обеспечивают ей в определенных пределах необходимое «лавирование» и приспособляемость к изменяющимся условиям. Психическая деятельность человека, определяемая его социальными отношениями, помогает достигать огромных «степеней свободы» при выборе поступков и должным образом реагировать на происходящее вокруг. Благодаря этому, по словам известного английского физиолога Эшби, люди могут удерживать «существенные переменные в физиологических (а не болезненных, патологических.— *Ю. А.*) пределах».

В принципе психические расстройства вызываются переходом системы от нормального уровня активности к ослабленному или извращенному. В таком случае лечебные мероприятия при заболеваниях должны быть направлены на восстановление прежнего, доболезненного уровня. Правда, этот «обратный» переход носит сугубо относительный характер, он никогда не возвращает систему на исходные рубежи, а создает ей новые, обычно расширенные возможности.

В этом выражается важнейшее свойство психической деятельности (как в норме, так и при отклонениях) — ее постоянная динамика, отсутствие повторения пройденного, обогащение накопленным опытом.

«МЕХАНИЗМЫ» ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Избирательная активность, внимание, память, эмоциональность, мышление, волевые усилия позволяют человеку ориентироваться в жизни, воспринимать окружающее и своевременно в него вмешиваться.

Психическая активность тесно связана с вниманием, под которым понимают преимущественное, сознательное выделение одних воспринимаемых или вспоминаемых объектов в ущерб другим. Иными словами, это направлен-

ная работа сознания в течение какого-то времени. Способность переключаться с одного объекта на другой различна и во многом зависит от воли человека и его эмоционального настроя. Например, можно условно «забыть» обо всем и целиком сосредоточиться на определенном круге вопросов. Или перейти к следующим, хотя предыдущие были более интересными. Благодаря этому человек способен осуществлять целенаправленную деятельность, обязательное условие которой — последовательная постановка задач и их осуществление. Только при максимальной сосредоточенности и ничем не отвлекаемом внимании тот или иной вопрос может быть изучен наиболее полно. Из «кубиков» отдельных решений составляются «слова» и «фразы» поступков и поведения человека, определяющие в конечном итоге его жизненный путь.

В одно и то же время можно по-настоящему заниматься только одним делом — об этом, вероятно, знают все. Хватаясь за два или три дела сразу, мы наносим ущерб каждому из них. Выигрывая в количестве, проигрываем в качестве. И наоборот, сконцентрированность усилий исключает «наложения» в изучении нескольких объектов.

Всесторонний анализ обрушивающейся на человека информации проводится не хаотично, а строго упорядоченно. Возьмем, к примеру, восприятие какого-либо зрительного образа. Субъективно внешне мы видим тот или иной предмет непрерывно. В действительности наши глаза быстро двигаются, многократно останавливаясь и «замирая». Только в мгновения этих остановок происходит возбуждение зрительного нерва. Но поскольку такие остановки часты, а скорость движения глаз высока, мы успеваем воспринимать окружающее не в фрагментах и отдельных точках, а как единое целое. Между тем в каждый минимальный отрезок времени мы видим только одну точку предмета, и ничего более. Образно говоря, как нельзя одномоментно видеть несколько точек, так нельзя сразу удовлетворительно решать и многие задачи. Необходимость этого вызывает прежде всего превышение объема возможностей запоминания, которое ведет к нарушению координированной деятельности нервной системы и к ее дезорганизации. Стремление или необходимость выполнять параллельно ряд дел нередко является одной из главных причин возникновения невротического состояния.

Для привлечения внимания к какой-либо информации она должна обладать в той или иной мере элементом неожиданности, новизны и непредсказуемости. Ведь любое

прошлое уже познано, оно свершилось и в этом проигрывает по сравнению с любым будущим, сила которого в волнующей неизвестности. Большинство окружающих сигналов привычно, их анализ не несет ничего интересного. Поэтому они остаются как бы незамеченными и проходят мимо нашего сознания. Это относится, например, к обычному шумовому «фону» улицы, идущей навстречу толпе людей, длительно висящим на одном и том же месте объявлениям и так далее.

Неспособность человека к сосредоточенному вниманию, равно как и чрезмерное его «застревание», задержка на малозначительных вещах — частый признак психических расстройств.

Не менее, а, может быть, даже и более важная черта бодрствующего сознания — память, накапливающая жизненный опыт. Основной физиологический механизм памяти — образование в коре мозга достаточно прочных временных связей по типу условных рефлексов. Раздражение чувствительных нервных клеток вызывает возбуждение в центральной нервной системе. Его путь по «эстафете» всякий раз оставляет своеобразный след, подобно тому, как за прошедшим по полю человеком всегда остается еле заметная тропинка примятой травы. Идти же вслед, проторенным путем, пусть даже по едва видимым приметам, всегда легче, чем по целине. Стоит за одним человеком пройти второму, потом третьему — и трава приминается все больше и больше, еле заметная тропинка превращается в дорожку. Так и в нервной системе — если по уже «проложенному» пути пробежит новый импульс, он укрепит и расширит имеющийся нервный след. В этом случае поверхностный механизм памяти может смениться на более устойчивый и прочный. Но и слабый след минувшего возбуждения может сохраняться бесконечно долго. То или иное событие, боль, злость, радость исчезли, но память хранит их до поры до времени, не обнаруживая присутствия и заявляя о имеющихся воспоминаниях лишь в особых условиях. Если человек что-то увидел и познал, то он связан с этим навсегда, причем независимо от своего желания.

Каково бы ни было раздражение, вызывающее психическую реакцию, оно не воспринимается и не анализируется изолированно. Всякая информация «вписывается» в окружающую ее «сцену». Например, мы видим, как по рельсам едет трамвай, и одновременно слышим характерный скрежет его колес. Информация о трамвае поступает от глаз и от ушей, то есть след прокладывается и от зрительного, и от

слухового анализаторов. Впоследствии достаточно в силу каких-либо причин вновь ожить зрительному следу, сигнализирующему о трамвае, как включатся и память, и слуховой анализатор. Старые следы в нервных цепях «реставрируются» под влиянием отзвуков волн совсем других возбуждений. Это и есть один из механизмов воспоминания.

Вероятно, ни одно из событий, в котором приходилось участвовать, не исчезает бесследно. Любой предмет, который человек видит, любой звук, который он слышит, любое действие, которое он совершает, в определенной мере сохраняются в памяти. Подтверждением этому служат факты, наблюдаемые нейрохирургами. Во время операции при раздражении определенных участков коры головного мозга у больного иногда пробуждаются подробнейшие воспоминания о событиях, имевших место много лет назад. Чем больше внимания и эмоций он им посвятил, чем больше они длились, тем более глубокий и прочный след оставили.

По современным представлениям память не сводится к какой-то одной функции. Различают так называемую кратковременную память — «непосредственный отпечаток» события, позволяющий человеку сохранять довольно полную картину, воспринимаемую органами чувств в течение 0,1—0,5 секунды,—и долговременную память.

Кратковременная память «удерживает» отображение как таковое, а не его интерпретацию. Долговременная память «хранит» на протяжении многих лет факты, которые либо многократно повторялись, либо имели важное значение и сопровождались переживаниями. Пример кратковременной памяти — когда нам случается знакомиться с новыми для себя людьми. Если мы не сконцентрируем внимание и хотя бы мысленно несколько раз не повторим их имена и отчества, то вспомнить их нам уже не удастся.

Кратковременная и долговременная память чем-то схожи с видеомагнитофонными записями, позволяющими воспроизвести на экране только что показанный эпизод. Для этого операторы вновь прокручивают нужный отрезок пленки. Если же на пленке уже записаны другие эпизоды, они стирают вообще или отодвигают далеко назад прежние кадры. В нашем сознании информация наслаивается, сливается с последующими «поступлениями», и если в принципе возможно просмотреть весь «сюжет», то нужны особые условия, чтобы провернуть в обратную сторону уже «всю катушку».

Вообще же емкость человеческой памяти поразительна. Она составляет около 100 миллиардов битов информации,

что в несколько сот раз больше, чем содержится в современных многотомных энциклопедиях...

Чтобы кратковременный механизм памяти «перевел» тот или иной образ на постоянное, длительное хранение, необходимо самопроизвольное или волевое усилие, концентрация внимания, иначе, оставив незначительный след, он угаснет.

Оживление нервных следов — воспоминания. Они обычно возникают не разрозненно, а связанно, в виде ассоциаций — смежных между собой предметов, явлений и следовавших друг за другом событий. Это свидетельствует о тесном переплетении информационных знаков в функциональных структурах нервной системы. То, что порой трудно что-либо вспомнить, а спустя некоторое время припоминается, вероятно, может быть объяснено использованием в механизмах памяти не прямой дороги для отыскания необходимой информации и по какой-либо причине заведшей в тупик, а окольного, «опосредованного» пути, который благодаря взаимосвязям в хранилищах памяти пусть позже, но все же приводит к потерявшейся на первых порах цели.

Вспомнив название города, где довелось побывать несколько лет назад, можно легко представить себе улицы, характерное расположение домов, знакомых людей. Наверное, каждому человеку приходилось возвращаться мыслями к приятным или неприятным событиям прошлого, порой даже переживать их для себя заново. Поводом к тому может быть случайный факт или, казалось бы, давно стертый в памяти образ. Попалась, например, фотография умершего актера — человек вспоминает кинофильм или спектакль, в котором он его видел, свою жизнь того периода. Увидел друга юности — другая цепь ассоциаций. Причем иногда оживают такие мельчайшие и несущественные детали, что только удивляешься, как это они сохранились на столь долгие годы.

Эмоциональная окраска одних и тех же воспоминаний, если они повторяются на протяжении жизни, со временем меняется. Это зависит от ряда обстоятельств, но прежде всего — от значимости прежних событий для сегодняшнего положения и размышлений человека. В одном случае сказывается неразрывность настоящего и прошлого, воспринимаемого с новых позиций, которые заставляют извлекать из прожитого надлежащий урок. В другом случае воспоминания идеализируются, «додумываются», лишаются своей «документальной» обоснованности.

...Как считают многие исследователи, основные виды функционирования памяти в принципе присущи всем позвоночным — от рыб, у которых она есть в зачаточном состоянии, вплоть до человека. Однако в отличие от животных у людей имеется специфическая память, опирающаяся на речь и логическое мышление. Это, так сказать, «второсигнальная память». Дети раннего возраста обладают образной памятью, когда воспоминание возрождает только образ объекта. По мере роста ребенка, на основании становления и развития у него речи и возможностей отражать внешний мир в словесных символах и абстрактных суждениях, начинает действовать наряду с образной символическая память. Именно она у взрослых приобретает первостепенное значение.

Без памяти не было бы жизни. Но можно сказать и иначе — вне жизни нет памяти. И как горько, но справедливо звучит эта мысль в поэме Евгения Евтушенко «Мама и нейтронная бомба»: «Мама, мне страшно не то, что не будет памяти обо мне, а то, что не будет памяти. И будет настолько большая кровь, что не станет памяти крови».

Чингиз Айтматов философски мудро и при этом вполне конкретно рассказывает в романе «Буранный полустанок» о том, что в древности лишение памяти у плененных жителей киргизских степей было наичудовищной пыткой для тех, кого завоеватели хотели оставить у себя в рабстве. На выбритую голову жертвы напяливали наподобие облегающей шапочки шири — парную выйную часть забитого верблюда. Затем обреченного, связанного и закованного в деревянную шейную колодку, чтобы голова не прикасалась к земле, отвозили в безлюдные места на солнцепек. Плотная кожа шири, высыхая, сжимала голову железной каской. Пытка продолжалась несколько дней. В живых оставались немногие. И это были уже не люди. Их называли манкуртами — рабами, не помнящими своего прошлого.

Ч. Айтматов пишет: «Манкурт не знал, кто он, откуда родом-племенем, не ведал своего имени, не помнил детства, отца и матери — одним словом, манкурт не осознавал себя человеческим существом». Мать, нашедшая своего сына манкурта (в легенде, приводимой писателем), восклицает: можно отнять землю, можно отнять жизнь, но кто смеет покушаться на память человека?! Она плачет: «Я сирая верблюдица, пришедшая вдохнуть запах шкуры верблюжонка, набитого соломой».

Очень образно и точно. Без памяти человек превращается в пустотелый манекен.

Индивидуальная память накапливает «следы» собственного жизненного опыта, но вместе с тем она хранит и трансформирует историю предыдущих поколений. Это позволяет двигаться от вчерашнего к завтрашнему, не повторяя многого из того, что уже достигнуто. Образно говоря, каждый новый шаг всегда делается с учетом последующего, но он не может осуществиться без предыдущего.

Со времени появления живого именно память самое вечное и непременное условие развития. У человека она лежит в основе предвидения, базирующегося на анализе прошлого и настоящего. Мыслительная деятельность во многом опирается на сравнительный логический и интуитивно-вероятностный анализ, который невозможен без памяти. Сопоставляя, что было и что есть, можно уловить прогрессивные тенденции. Это относится как к мировоззренческим вопросам, встающим на определенном жизненном этапе перед каждым человеком, так и к оценке частных, служебных, бытовых, семейных взаимоотношений.

Память — путеводитель человека во времени. Благодаря ей мы ощущаем время и себя в нем.

...Если внимание, память и другие проявления психической деятельности человека остаются как бы за занавесом, то его эмоциональное восприятие окружающего и своих переживаний постоянно находится на авансцене: удовлетворенность или неудовлетворенность, интерес или равнодушие, беспокойство, подавленность, опасения, страх, предвкушение приятного, воодушевление, радость. Любое из этих состояний накладывает своеобразный отпечаток на весь облик человека. Прежде всего это сказывается на выражении лица и глаз, в позе, в заметных вегетативных реакциях.

Эмоции — одна из сторон единого познавательного процесса, который отражает отношение человека к собственной деятельности и к окружающему. Человек — не машина, он всегда чувствует, радуется, огорчается. Вместе с внешними эмоциями напрягаются и, образно говоря, «смеются» или «плачут» его сосуды и вообще все внутренние органы. Если ставить перед людьми какие-либо задачи, предъявлять к ним определенные требования, не предвидя и не учитывая эмоциональной реакции, то вряд ли можно найти в исполнителях творческое соучастие и необходимый деловой контакт.

Эмоции в норме всегда возникают как ответ на внешнее воздействие, те или иные мыслительные представления, внутренние потребности организма. Эмоциональная жизнь

каждого чрезвычайно богата и многогранна, именно она определяет наше настроение. По мнению многих ученых, перенапряжение эмоциональных реакций лежит в основе невротических и ряда других психических нарушений. При этом особая роль принадлежит так называемым отрицательным эмоциям, возникающим в тех случаях, когда человек не в состоянии по тем или иным причинам добиться запланированного результата, получить удовлетворение, достигнуть поставленную цель. Складывается «конфликтная ситуация», которая, затянувшись во времени, может стать причиной нервного срыва. Успех же неизменно сопровождается положительной эмоцией. По мысли академика П. К. Анохина, она закрепляет правильность любого действия и поступка. Чем больше препятствий пришлось преодолеть целеустремленному человеку на пути, тем больше радости и удовлетворения он испытывает и соответственно этому у него сильнее положительная эмоция.

Выражение эмоций различно и строго индивидуально. Оно меняется в течение жизни каждого из нас и в «течение жизни» всего человечества. И все же основные эмоциональные проявления остаются на протяжении веков прежними — спокойствие, радость, печаль, раздражительность... Их внешнее выражение нетрудно увидеть в изменении черт лица, всего облика и поведения человека. Наши далекие предшественники испытывали в принципе те же чувства, что и мы с вами, однако у нас, в соответствии с эпохой, теперь есть новые поводы для возникновения эмоций, новые темпы и ритмы их выражения. Правда, речь идет в первую очередь о форме, а не о содержании.

С эволюционной точки зрения внешний рисунок эмоциональной сферы человека «подвергался отбору» ради адаптации к среде, ради того, чтобы выжить. Известный физиолог Кэнон обратил внимание, например, на то, что на протяжении развития человечества люди оказывались в эмоциональном напряжении, когда готовились либо к борьбе, либо к бегству. Независимо от поведенческой реакции в эти периоды усиливались выделение в кровь определенных гормонов и обмен веществ, учащалось сердцебиение, повышалось артериальное давление, напрягались (или расслаблялись) различные группы мышц. Иначе говоря, шла мобилизация внутренних физиологических резервов организма, что было совершенно необходимо, скажем, первобытному человеку, но далеко не всегда необходимо нам. Наш современник не так уж часто при эмоциональных нагрузках прибегает к

энергичной физической «подзарядке». В сегодняшней обычной обстановке борьба или бегство в сложных ситуациях — как правило, реакции неадекватные.

Поводы для эмоционального напряжения стали «интеллектуальнее», утонченнее. Но наряду с этим люди в какой-то мере «погрубели», уже не так реагируют на многие обстоятельства, волновавшие предыдущие поколения. Религиозное и иного вида бездумное преклонение значительно ослабело. На смену ему все чаще приходит убежденность в существе идеи или реалистический расчет, что в немалой степени обусловливает практицизм мышления и эмоций. Сейчас нередко ссылаются на возникновение опосредованных, а не посредственных связей (радио, телевидение, книги и т. д.), краткость, деловитость, утилитарность контактов между людьми. Способствуя интенсификации мышления, это порождает и некий «дефицит эмоций». Однако такой «дефицит», как отмечалось, лишь новая форма, а не новая суть эмоциональных переживаний.

В сравнении с тем, что было 100, а тем более несколько сот лет назад, появились новые «объекты» для «бурных» эмоций взамен потерявших свою актуальность, иным стал и весь стиль поведения. (В частности, если раньше почти каждый «взрыв гнева» порождал «естественную» попытку физически ударить или даже уничтожить противника, на что тот также отвечал ударом, то теперь в ответ на обиду человек скорее всего стремится нанести «завуалированный» удар.) Между тем физиологические механизмы несколько «устарели» на фоне «смягчения» внешних реакций человека. Вслед за волнением, напряженностью, даже скрытых от посторонних глаз, в организме по-прежнему происходит определенная перестройка — подготовка к нужной физической нагрузке. Но борьба-то отменяется, и физиологические механизмы «срабатывают» вхолостую. Порой это может привести к целому ряду соматических заболеваний — гипертонической болезни, язве желудка и т. п. И все же, несмотря на издержки роста, эволюция эмоциональной жизни способствует тому, что деятельность современного человека становится многограннее и мобильнее, вполне отвечая требованиям времени.

Без помощи органов чувств вряд ли что-либо может дойти до нашего сознания. Однако ощущение и восприятие — лишь начальный этап постижения действительности. Мы видим бушующее море, стоя на берегу, ощущаем соленые брызги, долетающие с порывами ветра, слышим грохот волн,

но только на основании этого не можем судить о причинах шторма, о зависимости между ветром и вздыбленной морской стихией. Запоминание, установление связей между отдельными восприятиями и ощущениями, их осмысливание, творческая переработка — вот цепь «механизмов», включаемая органами чувств.

Эти «механизмы» позволяют понимать взаимоотношения между предметами и явлениями, рождают мысль. Познание в процессе мышления помогает судить об окружающем мире, о его существенных особенностях, которые нельзя обнаружить при непосредственном восприятии.

Понятие о каком-либо предмете — фундамент мыслительной деятельности. Называя что-то или думая об этом, каждый имеет в виду прежде всего основные характеристики. Так, вместо того чтобы всякий раз говорить: «Спинка и деревянная площадка для сиденья на четырех ножках», пользуются всем известным словом «стул». Наводнение — разлив рек, остров — часть суши, окруженная со всех сторон водой, и т. д.

Без четких понятий мыслительная деятельность практически невозможна. Человек сравнивает между собой отдельные предметы и явления, устанавливая сходство и различие между ними, анализирует их, для чего вначале рассматривает только части, а затем объединяет их между собой. Важнейшее значение для мышления имеют отвлеченные (абстрактные) понятия, которые появляются в том случае, когда мысленно нужно отделить от вещей какое-либо присущее им качество и затем широко им пользоваться. Например, тяжесть или легкость, высота, острота — понятия весьма зыбкие по сравнению с такими конкретными их «носителями», как стул, нож и т. д. Благодаря абстракциям удается выражать обобщенные свойства окружающего.

Решающее для мышления — проведение связи между понятиями (суждениями) и получение на этой основе какого-то вывода — умозаключения. Вот простейшее умозаключение. Утром, слыша сильный шум дождя за окном, мы рассуждаем: на улице — ливень (первое суждение). Тут же мы думаем: если выйти без зонтика или плаща, то можно промокнуть (второе суждение). Суммированный вывод: надо надеть плащ. Подобная цепь следствий возникает всегда с учетом, естественно, того, что она бывает весьма сложной и для умозаключения привлекаются не два суждения, а значительно больше.

Юлиан Семенов в одном из своих романов справедливо

отмечает: «...всякое ощущение верно как ощущение. Другое дело — суждение об ощущении. Оно может быть истинным или ложным... Я запомнил лекцию профессора... Он говорил, что если весло, погруженное в воду, кажется сломанным, то ощущение в этом случае верно, поскольку наблюдающий испытывает именно это ощущение. Но если в силу этого он станет утверждать, что весло действительно сломано, то суждение окажется ложным... Ошибки людские... заключаются не в ложных ощущениях... а в ложном суждении...»

Познание — не бессмысленное заучивание огромного числа сведений и не слепое копирование видимого. Процесс познания лишь на первом этапе, по словам К. Маркса, начинается с хаотического представления о целом, далее он выражается в одностороннем абстрактном выделении отдельных сторон целого, после чего вновь возвращается к общей оценке, «...но на этот раз не как к хаотическому представлению о целом, а как к богатой совокупности, с многочисленными определениями и отношениями»[1].

Если бы кто-то на вопрос: «Что быстрее всего?» ответил: «Мысль», он был бы недалек от истины. Для акта мышления необходимо быстрое и целенаправленное поэтапное накопление, объединение и осознанное обобщение многих фактов. То, что в действиях человека внешне представляется мгновением, «внутри» прошло определенную мысленную переработку. Ее продолжительность субъективно воспринимается гораздо дольше (порой мучительно долго), чем это есть на самом деле. Критическая жизненная ситуация, потребность принять безотлагательное решение... а человек мысленно все же успевает перебрать и оценить разные варианты и последствия своих действий. Посмотрите на игру хорошего футболиста или хоккеиста. Он стремительно бежит, одновременно «удерживает» рядом с собой мяч или шайбу, ведет и физическую, и логическую борьбу с соперниками, видит и чувствует намерения своих партнеров. Прежде чем произвести удар по воротам или отбить шайбу, спортсмен «смоделирует» поворот в игровой ситуации. Плохой игрок будет стремиться реализовать все, что пришло в голову. Он может быть смелым, но его суетливость не принесет победы. Хороший, опытный спортсмен играет расчетливо, экономя силы, умея вовремя прийти к единственно правильному решению.

Благодаря мышлению людям свойственны разумные, це-

---

[1] Маркс К., Энгельс Ф. Соч., т. 12, с. 726.

ленаправленные поступки, основывающиеся на своеобразном предварительном «проигрывании» того или иного действия и последующих возможных результатов. Чем точнее и бесспорнее сопоставляемые понятия, тем больше оснований для оптимального решения. Известные американские психологи П. Линдсей и Д. Норман в своей книге «Переработка информации у человека» отмечают, что «вся наша жизнь состоит из решений». При этом они пишут, что люди постоянно сталкиваются с проблемой выбора из нескольких возможных лишь одного «способа поведения». Осуществляется же это за счет мысленно происходящей сравнительной оценки.

Каждое последующее поколение, используя исторический опыт, творчески его обогащает, способствуя дальнейшему расширению и углублению знаний. Опираясь на достигнутое, мы видим дальше и острее, но нашим детям, внукам, правнукам будет видно еще дальше. Копилка знаний благодаря способности людей мыслить, выражать и передавать свои умозаключения, постепенно пополняется. Наиболее простой пример этому — меняющиеся буквально на глазах детские мечты и фантазии. В сказках Иван-царевич летал на коне, потом появился ковер-самолет, а нынешних ребят уже не всегда удовлетворяет «обычный» самолет или даже ракета. Очередное поколение, образно говоря, наматывает на клубок познания свой виток, и естественно, что он больше предыдущих, но был бы невозможен без предшествующих. В этом диалектическое единство, историческая преемственность в постижении окружающего мира.

Индивидуальные особенности мышления зависят от многого — от характера высшей нервной деятельности, своеобразия протекания биологических процессов, обусловленного генетической природой, и т. п. Но содержание, направленность мыслей, культура мысленного труда неотделимы от знаний, полученных человеком, его идейных установок. Именно они предопределяют наивысшие духовные радости, удовлетворение от труда и выбранного образа жизни. Решает все смысл, идея, дело, которые человек отстаивает и защищает, которым служит. Отсутствие идейной направленности, ошибочный, хотя и осознанный выбор рано или поздно заводят в тупик. Ученый, скажем, может сосредоточить внимание только на методе исследования, не задумываясь, зачем этот метод нужен. По прошествии времени он вдруг поймет, что работал зря... Домохозяйка изо дня в день с усердием вытирает пыль, чистит мебель,

«по-особому» моет посуду. И вот спустя годы она начинает осознавать, что цели, похвальной самой по себе, придавалось слишком уж серьезное значение, что силы и энергия расходовались, по существу, впустую. Настоящая жизнь прошла мимо ее уютной квартирки...

Если бы ученый не бился над методикой «ради методики» и домохозяйка не добивалась бы чистоты «ради чистоты», если бы многие другие люди с «неудачной» судьбой почаще задумывались о своем человеческом предназначении, достойных целях, идейных истоках больших и малых решений, наверное, меньше было бы роковых случайностей, зря потраченных лет, неправомерных отвлечений на пустяки и, как результат,— разочарований, порой сопровождающихся нарушениями психики. Осмысленная идея возвышает человека, преобразовывает мышление, вдохновляет на общественно полезные деяния. Жизнь становится интересной, цельной, нужной себе и другим.

Важнейший компонент любой мыслительной операции — ее речевое оформление. Английский исследователь К. Черри в книге «Человек и информация» вспоминает слова Бена Джонсона, сказанные в начале XVII века: «Речь является единственным преимуществом, которым обладает человек для выражения своего умственного превосходства над другими существами. Это инструмент Общества... Смысл является жизнью и душой Языка, без которых все слова мертвы. Смысл возникает из опыта и знания человеческой жизни и деятельности...»

Даром речи обладает только человек, которого она возвышает в эволюционном развитии над всеми представителями живой природы, придавая его сознанию уникальные особенности. Человек имеет возможность облекать свои мысли в слова, что позволяет классифицировать, объединять и разделять все окружающее, передавая информацию другим людям. Без мысленной «начинки» слово всего лишь пустой звук, лишенный информационного значения.

При потере зрения и слуха, но при сохранности мозговых функций человек может их компенсировать и развивать речевые способности, пользуясь чрезвычайной пластичностью и взаимозаменяемостью систем своей психической сферы.

К. Черри рассказывает весьма наглядную историю Елены Келлер, которая в возрасте полутора лет, еще до приобретения навыков речи и усвоения абстрактных понятий, утратила способность видеть и слышать:

«Лишенная зрения и слуха, она, казалось бы, была отрезана от окружающего мира. Большинство людей в подобной ситуации становились идиотами. Елене же удалось стать высокоинтеллектуальной личностью. Частично она была обязана этим терпению своей няни, которая обучала ее произносить звуки речи: Елена на ощупь воспринимала движения горла и губ своей няни. К девяти годам Елена научилась выговаривать слова и предложения, но — и в этом существо дела — звуки речи были для нее совершенно бессмысленными, чем-то вроде словесной забавы.

Ей доставляло удовольствие произносить слова так же, как это доставляет удовольствие попугаю, но сами слова и их сочетания оставались ни с чем не связанными, бесцельными и пустыми. Некоторой степени общения она достигла путем втягивания, наклона и покачивания головы, а также с помощью непосредственных подражательных действий, причем все это постоянно сопровождалось бессвязным бормотаньем. Но вот однажды, когда Елена играла со струей воды из шланга для поливки сада, ее няня произнесла слово «вода», о чем Елена узнала по вибрациям ее губ. В мгновенном озарении она сразу постигла роль слов. «Все имеет название!» — воскликнула она (следует предположить, что Е. Келлер употребила эту осмысленную фразу лишь позднее, описывая свои тогдашние переживания.— *К. Черри*).

Этот замечательный вывод позволил ей сформировать совершенно новое понятие, универсальную категорию «слова», то есть сделать то, что не может сделать ни одно животное. С этого момента Елена стала человеком, а ее умственная деятельность приобрела организованный характер. Она получила возможность общаться и стала общественным существом...»

Именно общественные «функции» формируют мысль, дают основание для ее возникновения и выражения. Вне общений с людьми специфические для человека механизмы психической деятельности существовать не могут.

В большей степени они определяются и волевыми процессами. Для понимания этого вспомним, что все наши движения и поступки могут быть непроизвольными и произвольными. Последние так и называют — волевыми. Они, в отличие от непроизвольных, направлены на достижение заранее поставленной цели, чему предшествует появление побуждения, желания, влечения к выполнению. Интенсивность таких состояний связана с интересами данного, конкретного человека, с его социальным положением, про-

фессией, широтой кругозора, особенностями характера и т. д. В зависимости от этого влечения могут быть стойкими или неустойчивыми, у одного их много, у другого — мало, они требуют иногда концентрации усилий для своего воплощения или существуют как бы исподволь, лишь потихоньку «стучась» в сознание.

Итак, влечение — обязательная ступенька к осуществлению любого волевого процесса. Вторая ступенька — своеобразное обсуждение, так называемая борьба мотивов. Наиболее простые действия совершаются обычно как бы автоматически, «без рассуждений». Например, захотел кто-то встать со стула и подойти к окну — поднялся и подошел. Совершенно иначе обстоит дело при сложных ситуациях. После взвешивания всех «за» и «против» появляется определенная установка, разрабатывается схема-модель потенциального поведения. Завершающая часть волевого акта — исполнение. Чем труднее препятствие, которое стоит на пути, тем больше нужно воли для его преодоления.

В отличие от животных, которыми руководят инстинкты, человеком движут в первую очередь социально-общественные интересы. Даже такие сильнейшие инстинктивные побуждения, как стремление к еде, половой близости, к сохранению жизни, путем напряжения воли подчиняются решению разума. Сила воли, таким образом, выражается не только в определенных действиях, но и в отказе от них, в подавлении возникших желаний.

Воля — это осознанная необходимость. Мы восхищаемся волевыми людьми, которые, несмотря ни на что, твердо стоят на своих убеждениях, идут наперекор всему ради торжества правды. В памяти навсегда останутся самопожертвование и патриотизм множества известных и безымянных героев — участников революций и справедливых войн, шедших, подавляя один из сильнейших человеческих инстинктов — инстинкт самосохранения, на верную гибель ради торжества свободы и демократии.

Вот как рассказывает бывший товарищ прокурора С.-Петербургского окружного суда Н. П. Федоров о последних минутах студента Ивана Платоновича Каляева, убившего в 1905 году губернатора Москвы: «Возвратился священник и сказал, что меня просит к себе осужденный Каляев. Я сейчас же к нему пошел. Несмотря на сделанное ему страшное объявление о близкой смерти, он с тою же печальной и покорной улыбкой спокойно сидел на кровати, пил стоявший

перед ним чай и ел белый хлеб. Ни страха, ни гнева не было на его лице».

А вот строки из предсмертного письма Каляева матери: «Итак, я умираю. Я счастлив за себя, что с полным самообладанием могу отнестись к моему концу. Пусть же Ваше горе... потонет в лучах того сияния, которым светит торжество моего духа...» Такова была сила этого юноши, убежденного в правоте своего дела, с гордо поднятой головой встретившего казнь.

Волевые процессы играют огромную роль в жизни человека. Они могут поднять его над другими и превратить в героя, в противном случае — сделать совершенно бездеятельным. Осмысленная воля приносит радость и самое высокое счастье. Об этом очень хорошо написал Константин Симонов: «И когда я думаю о том, в чем же состояло для меня главное счастье этой непростой и нелегкой жизни, наверное, оно все-таки состояло прежде всего в глубокой осмысленности того, что мы делали. Мы знали и ради чего мы работаем, и ради чего воюем. Вера в свою Советскую власть, вера в правоту, благородство и величие идей Октябрьской революции была неизменным спутником нашей души среди любых испытаний. Смысл своего собственного человеческого существования на земле никогда не стоял для нас под вопросом — именно в этом и состояло наше счастье в любые, самые трудные времена».

СОЗНАНИЕ И «БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ»

Нервно-психическая деятельность имеет как бы два полюса, характеризующих в известной мере противоположные друг другу состояния — бодрствование и сон. Узнать их особенности помогло изучение биотоков мозга, записанных в виде специальных электроэнцефалограмм.

В начале нашего столетия было обнаружено примечательное явление — приложенные к коже головы человека металлические пластинки воспринимали очень слабые электрические потенциалы (порядка нескольких стотысячных вольта), которые удавалось зарегистрировать чувствительными приборами.

Исследователи сумели установить, что они меняются в зависимости от активности сознания и интенсивности психических процессов. Крайние величины бывают при напряженном мышлении и во время глубокого сна. Потому-то

многие склонны сейчас думать, что электроэнцефалограммы отражают хотя и грубые, но вполне очерченные «уровни» работы мозга.

При открытых глазах и повышенном внимании у здорового человека регистрируется быстрый ритм биотоков с незначительной амплитудой колебания. Если же он расслаблен, полулежит в кресле с закрытыми глазами, амплитуда колебаний возрастает, а число их уменьшается. При дремоте и сне продолжает снижаться частота и увеличиваться амплитуда колебаний электрической активности мозга.

Бодрствование, пусть и совершенно необходимое для осознанной психической жизни, еще не есть само сознание. Это лишь показатель «возможности сознания». Качественная же его характеристика зависит от избирательной активности внимания, памяти, эмоциональной насыщенности переживаний, наконец, от специфики мышления и речи.

Все эти «механизмы», за исключением мышления и речи, присущи в той или иной мере и животным. Однако этого исключения вполне достаточно, чтобы человек поднялся над ним неизмеримо выше, научился судить об окружающем, предвидеть события, а значит, и управлять ими.

Что такое вообще сознание?

Вероятно, многие видели людей в состоянии, называемом бессознательным, то ли в результате заболевания или несчастного случая, то ли во время наркоза при операции. Крепко спящего бывает внешне трудно от них отличить. Каков же главный признак человека, находящегося в сознании? Прежде всего он хорошо ориентируется, может использовать свои опыт и знания для целенаправленных действий и контроля за ними, может предварительно мысленно воспроизвести их и хотя бы ориентировочно предвидеть результаты. Человек, потерявший сознание, лишен этого. В бессознательном состоянии невозможна психическая жизнь, характеризующая его как личность.

В течение очень долгого времени считалось, что психическая деятельность определяется «бессмертной душой», частицей «божьего духа», которая не связана с телом и независима от него. «Душа» в античном мире представлялась таинственной силой, вселявшейся в тело человека после его рождения и управлявшей всеми его поступками. Местом пребывания «души» были то сердце, то голова, то поддиафрагмальная область, то желудок. Предполагалось даже, что «душа» перемещается (до наших дней сохранилось выражение «душа в пятки ушла») и, будучи своеобразным двой-

ником тела, покидает его только во время сна или обморока. После смерти человека «душа» якобы переселяется «на небо», где ей предопределено бессмертие.

В Киево-Печерской лавре хранится картина, изображающая путешествие души преподобной Феодоры. В специальных церковных книгах есть подробное описание сюжета, заимствованное живописцем. Вот, например, судя по одной из легенд, как сама Феодора «рассказывает» о разделении своей души и тела: «Трудно, конечно, описать болезнь телесную и те мучения и страдания, какие переносит умирающий... как люто разлучение души от тела, особенно же для таких грешников, как я! Когда настал час моей смерти, я вдруг увидела множество злых духов, которые... став у одра моего, вели возмутительные разговоры и зверски посматривали на меня... Вдруг я увидела двух ангелов в образе светлых юношей весьма благообразных, покрытых золотыми одеждами... Они приблизились к одру моему и стали по правой стороне... Вот, наконец, пришла и смерть. Она налила чего-то в чашу... поднесла мне испить и затем, взяв нож, отсекла мне голову... смерть исторгнула мою душу, которая быстро отделилась от тела, подобно тому, как птица быстро отскакивает от руки ловца, если он выпускает ее на свободу.

...Ангелы приняли меня на руки свои, и мы начали отходить на небо. Оглянувшись назад, я увидела тело свое, лежащим неподвижно, бездушным и бесчувственным, как обыкновенно лежит одежда, когда кто, раздевшись, бросит ее и потом, став перед нею, смотрит на нее... Святые ангелы взяли меня от земли, направились вверх, на небеса, восходя как бы по воздуху...»

Далее Феодора описывает двадцать мытарств своей души, через которые ее провели ангелы по дороге к богу. Каждое из мытарств обусловлено «грехами жизни». К ним относятся клевета, поругание, зависть, ложь, обиды и неправда, гнев, гордость, празднословие и сквернословие, взяточничество и лесть, пьянство, злопамятность, разбойничество, воровство и так далее. В этих мытарствах нетрудно увидеть человеческие пороки, причем пороки, обусловленные социальными взаимоотношениями.

Существует немало и других сказаний о путешествиях «души» во время сна и после «отживания грешного тела», которыми пытались объяснить, в частности, содержание сновидений. В «душе» находятся разные духи — добрые, злые, порочные, сама нечистая сила, бесы, сатана и пр., которые во всем и виноваты. Исходя из этого, религиозные

люди считали нелепые выходки психически больных проявлением действия злых духов.

Развивавшаяся наука все больше и больше расшифровывала «функции» этой самой таинственной «души», изучая различные органы, постигая законы центральной нервной системы и психической активности. Самим термином «душевные болезни» мы обязаны, судя по всему, Гиппократу (V в. до н. э.); намного опередив свое время, он определенно локализовал все «душевные переживания» в головном мозге, связывая с ним также «безумие» и другие виды «сумасшествия». Понятие «душа» до сегодняшнего дня бытует довольно широко, однако его смысл и содержание изменились. Не будет ошибкой считать, что многие «заслуги», приписывавшиеся «душе», относятся к сознательной деятельности человека. Между душевной и психической активностью правомерно поставить знак равенства.

Достижения современной нейрофизиологии позволяют навсегда распрощаться с религиозной трактовкой души. С их помощью раскрываются механизмы «психического», а затем и объясняются лежащие в его основе вполне материальные процессы.

В мозге нет строго ограниченной области сознания. За него «отвечает» весь мозг. Но нервная система и мозг — лишь орган, а не источник осознанной жизни. Она целиком зависит от взаимоотношений с окружающим. Сознание человека сравнимо с огромной, но тускло светящейся картой, отражающей накопленные в памяти знания и события. Отдельные области этой карты и соединяющие их пути-дороги при волевых усилиях и некоторых других воздействиях могут ярко вспыхивать и определять раздумья человека, принимаемые им решения, то или иное поведение.

Известны истории, когда дети вырастали среди животных. В 1920 году в Индии в волчьем логове вместе с волчатами были найдены две девочки. Одна из них вскоре умерла, а другая, на вид лет семи-восьми, прожила еще довольно долго. Девочка ходила на четвереньках, опираясь на ладони и колени, а когда бегала — опиралась на ладони и ступни, сбрасывала с себя одежду, пила, подобно волкам, лакая, рычала, когда к ней подходили во время еды, и выла по ночам. Через два года она научилась стоять, еще через четыре года — ходить. За семь лет смогла выучить только 45 слов. В семнадцатилетнем возрасте специалисты приравнивали ее по умственному развитию к четырехлетнему ребенку.

В древнем Риме и других странах было зарегистрировано более 30 случаев, когда животные вскармливали детей. Они издавали нечленораздельные звуки, не умели ходить, хотя и обладали значительной физической силой. Все это лишний раз говорит о том, что психическая жизнь человека, его сознание, качества личности формируются под непосредственным влиянием социальной среды, что его опыт неотделим от опыта, накопленного человечеством. Об этом очень образно сказано в эпиграфе к роману Эрнеста Хемингуэя «По ком звонит колокол», взятом у Джона Донна: «Нет человека, который был бы как Остров, сам по себе: каждый человек есть часть Материка, часть Суши; и если Волной снесет в море береговой Утес, меньше станет Европа, а также, если смоет край Мыса или разрушит Замок твой или Друга твоего; смерть каждого Человека умаляет и меня, ибо я един со всем Человечеством, а потому не спрашивай никогда, по ком звонит Колокол: он звонит по Тебе»[1].

В первые часы появления на свет у ребенка нет никаких признаков сознательной психической деятельности. Нормальное дыхание, кровообращение, работа всех других органов, кроме высших отделов мозга, предопределены уже во внутриутробном развитии. Рождаясь, ребенок начинает дышать, кричать, сосать грудь матери благодаря врожденным рефлексам, центры которых сосредоточены в подкорковых образованиях мозга. Кора в это время еще «не включена», в частности, у новорожденного отсутствует электрическая активность — она возникает только спустя некоторое время. Параллельно с этим у ребенка появляются и первые признаки осмысленных движений, каждый миг становится для него открытием. Он улыбается, выражает удовольствие и неудовольствие, реагирует на свет и звук. Наконец, налаживается жизненный ритм чередования сна и бодрствования, наступает «царство» сознания.

Хотя роль сознания велика, осознаем мы лишь часть, а не всю получаемую из окружающего мира информацию. Современные психология и психиатрия располагают немалыми научными фактами о значении и бессознательного в психической жизни человека.

Каждое переживание — не простая акция, а в высшей степени сложный психический феномен. И один из первых его этапов, как уже отмечалось,— переработка поступающих сведений. Причем далеко не всегда человек контролирует

---

[1] В тексте сохраняются выделенные автором слова.

свое настроение и логическое течение мыслей, они как бы «автоматизированы». Не исключено, что здесь вступает в силу своеобразное «шестое чувство», приходящее по еще не выясненному «каналу связи». Возможно, что особенность этого «канала связи» — в индивидуальной чувствительности к таким физическим сигналам, как ультразвук, низкочастотные электромагнитные поля, инфракрасное излучение и т. д. Для человека они не играют существенной роли, но некоторым животным и растениям жизненно необходимы. Можно допустить, что именно «шестое чувство» служит человеку базой для анализа «подпороговых» данных информации. Благодаря этому в известной мере формируется эмоциональная направленность и «установка» на ту или иную мысль, тот или иной поступок. В результате появляется так называемая «подготовительная активность», вероятно, тесно связанная с состоянием вегетативной настройки.

Возьмем, к примеру, вопрос об усвоении человеком музыки, которую тоже можно рассматривать как своего рода информацию. Разные люди, слушая одну и ту же мелодию, независимо от особенностей характера, знания языка, музыкальной грамоты, испытывают близкие эмоции — радость, печаль, возбуждение и так далее. (Здесь не принимается в расчет профессиональный анализ.) Или восприятие того или иного романа, драматического спектакля, оперы, картины, скульптурной композиции. Далеко не всегда логически безупречно правильно скомпонованные детали произведения заставляют нас плакать, смеяться, мыслить... Часто, несмотря на всю, казалось бы, «понятность», оно оставляет нас равнодушными. С другой стороны, порой целостно интуитивное восприятие художественного творчества, идущее не от логической «разбивки» («это от этого, а это, в свою очередь, от того-то...»), рождает и чувства, и убеждения. В этих случаях многое формируется неосознанно и далеко не всегда в полной мере осмысливается.

С точки зрения эволюции можно допустить, что «досознательный» анализ — более древний вид реагирования на окружающее. Когда у наших предков еще отсутствовала речь, их объединяли или разъединяли звуки и ритмы. И хотя с развитием речи и абстрактного мышления звуки и ритмы утратили свою первоначальную сигнальную роль, они полностью не лишились информационного характера. Музыка обладает большой «эмоциогенной» силой, но первоначально мы воспринимаем ее обычно бессознательно. Такую же силу несут в себе произведения любого искусства, если они заво-

раживают скрытой в них гармонией ритмов, способствующих восприятию идеи.

Возникновение различных «установок», видимо, иногда базируется на бессознательном выборе предпочтительной информации и включении хотя и шаблонных, но достаточно гибких звеньев реагирования на нее. Бессознательное реагирование оперирует автоматизированными, эволюционно закрепленными типами реакции, но не поведением. Всякий активный акт, совершаемый здоровым человеком,— это результат осознанной деятельности, подчиняемой плану, контролю и коррекции.

Материалистические механизмы «подсознательного» в настоящее время еще изучены недостаточно. Тем не менее, не учитывая роли «произвольной» регуляции как фактора, участвующего в определении некоторых установок сознания и «автоматизированных» поступков человека, трудно понять важнейшие способы его приспособляемости к жизни.

На протяжении последних ста лет появлялись и существуют по сей день разноликие, как правило, путаные и в большинстве своем непоследовательные идеалистические концепции в учении о бессознательном. Они приписывают ему ведущую роль в формировании поведения человека, в том числе и патологического. На этой основе в начале нашего века возникло учение австрийского психиатра Зигмунда Фрейда о психоанализе — методе проникновения в сферу бессознательного для выявления и излечения невротических расстройств. Надо сказать, что Фрейда интересовали не столько болезненные симптомы при невротическом состоянии, сколько обстоятельства, обусловившие его возникновение. Поэтому если быть точными, то сохранившийся и в наше время термин «психоанализ» не соответствует существу обозначаемого им метода — собственно психические проявления остаются в стороне, главное — то, что привело к неврозу.

Фрейд выделял три фундаментальные «структуры» психического аппарата, регулирующие поведение человека.

Во-первых, это «ид» — совокупность неосознаваемых инстинктов, стремление к «сиюминутному» удовлетворению желаний, что создает нарастающее напряжение. Ликвидация его воспринимается как удовольствие. При отсутствии реальной возможности доставить себе удовольствие используются различные формы «заместительного» удовлетворения — в воображении и фантазии. Среди важнейших инстинктов, определяющих «ид», Фрейд называл половой инстинкт, «инстинкт жизни» и «инстинкт смерти».

Второй уровень психического аппарата — «эго», которое управляет «принципом реальности» и сдерживает инстинктивные порывы, чреватые антиобщественными саморазрушительными поступками. За счет получаемой от «ид» энергии «эго» осуществляет функцию познания окружающего мира и на этой основе дает или не дает «разрешение» на реализацию инстинктов.

В процессе «социализации» человека созревает третья структура психического аппарата — «суперэго» с двумя подсистемами: «совесть» и «идеальное я». Благодаря им человек еще в период детства усваивает социальные требования и запреты, что формирует совесть, чувство вины и на этой основе — эталон каждого («идеальное я»). Обладая «суперэго», человек как бы имеет возможность не только оценивать реальность построения своих действий, но и исходить из идеала поведения с учетом контроля собственной совести. «Суперэго» противопоставлено «эго» стремлением к подчинению моральным критериям.

По Фрейду, все поступки диктуются взаимоналожением «ид», «эго» и «суперэго», без активного участия сознания. Поэтому он и считал мыслительную и нравственную жизнь человека неуправляемой. Бессознательное — это та психическая сфера, в которой «скрывается» основа «психического аппарата» (Фрейд не пользовался термином «личность»), определяющая «глубинные мотивы поведения» и различные болезнетворные комплексы. Сознание противопоставляется бессознательному и занимает подчиненное положение. В этом состоит одна из основных ошибок Фрейда и его последователей. Советские психиатры, признавая, что не все содержание переживаний человека им осознается, видят, в противоположность Фрейду, не господство бессознательного над сознанием, а, наоборот, ведущую и направляющую роль сознания. Между сознанием и подсознанием нет противопоставления. Взаимно дополняя друг друга, они обеспечивают богатство и многогранность психической деятельности. Однако целенаправленные поступки всегда сознаются каждым здоровым человеком. Именно от них зависят поведение людей, все их взаимоотношения и стремления.

В качестве одного из главных способов для познания бессознательной «основы психического» Фрейд предлагал трактовку сновидений, которые-де могут помочь разобраться в «корнях человеческих поступков». При этом следует исходить из того, что в их основе лежит, как Фрейд представлял вначале, сексуальное влечение (либидо) или, как он стал ду-

мать в последующем, влечение к разрушению и смерти. Всякая созидательная, творческая деятельность человека объяснялась с этих позиций прежде всего эротическими мотивами; войны, социальные потрясения — стремлением к смерти.

Под влиянием моральных норм цивилизованного общества у людей появляется нравственное начало, которое сковывает основные биологические инстинкты, вытесняя их в область бессознательного. «Вытесняющей» инстанцией служит так называемая «цензура» — особый психический механизм, который не только удаляет из сознания запрещенные законами влечения, но и препятствует их возвращению. Однако они все же прорываются, изменив (для прохождения «цензуры») свою форму. Выявляются эти «прорывы», когда сознание ослаблено, прежде всего в сновидениях, в различных оговорках и ошибочных действиях, а также в различных болезненных невротических признаках. С точки зрения этого «прорвавшегося крика души» Фрейд и его последователи и предлагают трактовать сновидения.

Сны «видятся» человеку только в виде символов — «цензура» даже спящего мозга не позволяет бессознательному говорить в полный голос. Символом Фрейд называл такой явный элемент сновидения, который всегда соответствует определенной «бессознательной» мысли. Количество предметов и действий, изображаемых символами, невелико. В числе важнейших из них — человеческое тело, родители, дети, близкие родственники, смерть, нагота и т. д. Различные удлиненные предметы — палки, ножи — олицетворяют мужские половые органы; чемоданы и другие емкости, предназначенные для хранения чего-то,— женские. Разнообразные действия, совершаемые во сне, тоже, по Фрейду, передают определенную сексуальную тематику; скажем, подъем по лестнице означает половой акт. Если что-то происходит в доме с гладким фасадом, человек бессознательно думает о мужском теле, если в доме с выступами — о женском и т. п. Стремление к смерти также имеет свои символы. Например, когда снится пустая, безлюдная комната.

На основании расшифровывания символов Фрейд и его единомышленники-психоаналитики проводили вместе с пациентами их толкование (совершенно не учитывая, что описки, оговорки и другие «огрехи» происходят из-за настоящего, сегодняшнего волнения больного, а не вследствие старых бессознательных конфликтов), цель которого — помочь человеку осознать мучающие его в «бессознательном»

инстинкты. (Один медик может давать им свое толкование, другой свое — где же здесь научный подход?) При этом врач строил свою беседу с больным так, чтобы иметь возможность «прокрутить» конфликт в обратном направлении, до источников его происхождения, ведущее место среди которых занимают неудовлетворенные влечения, главным образом «неотреагированные» сексуальные травмы детского возраста. Эти «комплексы» якобы и были вытеснены в свое время больным в область бессознательного.

Познание «внутреннего конфликта», путей к устранению источника переживаний является основанием для переключения энергии людей в новое русло, то есть для «сублимации (перевода) неудовлетворенного влечения». Возможные варианты обсуждаются здесь же, в кабинете психоаналитика. И он в значительной мере берет на себя ответственность за социальное поведение того или иного обратившегося к нему пациента. Следствием психоанализа должно стать успокоение человека и избавление его от невротических расстройств.

Свою концепцию Фрейд разработал на основании изучения больных из среды венской состоятельной буржуазии. В жизни многих из них любовные переживания действительно занимали ведущее место. Как врач, Фрейд понимал, что некоторые расстройства психики его больных (в первую очередь невротические, при которых большое значение в ослаблении активности всей системы психической адаптации принадлежит дезинтеграции сознательного и бессознательного) являются следствием половой неудовлетворенности или пресыщенности. Психоаналитические многочасовые и многодневные сеансы способствовали устранению у ряда людей причин невроза (подобные факторы встречаются во врачебной практике). Это побудило Фрейда предложить совершенно необоснованную теорию для всех неврозов, затем — для всех нервно-психических расстройств, наконец, перенести ее на психологию здоровых людей и на жизнь общества в целом. В результате родилась модная, но далекая от научной базы философская концепция, ставшая популярной в ряде зарубежных стран.

Методология психоанализа не выдерживает серьезной критики, создавая неразрешимое противоречие: вся система изучения состояния больного направлена к осознанным, сознательным, разумным механизмам, в то время как они занимают якобы подчиненное место по сравнению с всесильными инстинктами. Однако дело не только в этом. Содержание

бессознательного, правящее, по учению Фрейда, в конечном счете судьбами мира и каждого человека, оторвано от биологических и социальных факторов, от личности, от работы головного мозга. Это в известной мере вооружило буржуазных философов-идеалистов тезисом о неуправляемости человеческим сознанием и реакциями.

Новейшие достижения психологии, психиатрии, нейрофизиологии убедительно показывают, что только сознание, формируемое в течение жизни человека, определяет его социальные запросы и поведение. Без учета этого серьезные научные исследования в области нейрофизиологии и психоневрологии обречены на провал.

БОДРСТВОВАНИЕ И СОН

К числу основных законов психической деятельности относится правильное чередование бодрствования и сна. Эти два процесса взаимосвязаны и необходимы друг другу: бодрствование — для проявления активности, сон — для отдыха и восстановления утраченных сил. Сон и бодрствование сменяют друг друга весьма согласованно, так же как многое в природе, например, смена времен года, дня на ночь и др. Организм приспособился к условиям, существующим на земле; и «подстроился» под них.

Ритм сна обусловлен многими причинами. Некоторые птицы и звери днем спят, а ночью охотятся. Людям, попадающим в подземелье, в силу необходимости приходится менять «привычки». Так, группа советских спелеологов в начале 1982 года закончила одну из самых длительных подземных экспедиций, проведя 71 день в третьей по глубине на нашей планете пещере «Снежная» в горах Абхазии. Вскоре после спуска под землю спелеологи оказались неподвластны «наземным» суточным ритмам бодрствования и сна. Их рабочий день иногда растягивался до 60 часов, причем они могли двигаться по маршруту без сна в течение 40 часов, а затем спать по 15 часов (с коротким перерывом для еды). В более обыденных случаях тоже можно наблюдать «подстраивание» ритма бодрствования и сна под реальную жизненную необходимость. Возьмем работающих в ночные смены. Как правило, они достаточно легко «перестраиваются» в соответствии с новым расписанием. Причем гораздо легче это удается тому, кто помоложе. В настоящее время утвердилась некая общая тенденция для развитых стран: за счет ис-

кусственного освещения удлиняется день и сокращается ночь, а значит, увеличивается период бодрствования.

Спит человек примерно треть своей жизни. Если спать в среднем не 8, а лишь 2 часа в сутки, то к 70 годам прибавляется еще 17 лет. Сколько интересных и ценных замыслов можно осуществить за эти годы! Однако если это и возможно, то, наверное, в далеком будущем. Тайны сна еще только начинают постигаться. Если сегодня кто-то усилием воли заставляет себя экономить на ночном отдыхе ради выкраивания лишних часов на работу, то в конечном итоге он все-таки проигрывает — уставшие «механизмы» снижают свои «показатели», что иногда достаточно быстро приводит к болезненным нарушениям. Иными словами, каждая бессонная ночь может породить много бессонных ночей. Этому же способствует частая смена ритма сна.

Группа исследователей поставила такой эксперимент. Добровольцам последовательно, многократно сдвигали часы сна, сохраняя его общую суточную продолжительность. При каждом изменении режима засыпания и пробуждения испытуемые должны были по определенной программе выполнять контрольные задания, требовавшие напряженного внимания. Было обнаружено, что любая смена ритма сна по сравнению с привычным снижает качество умственной работы, способствует появлению пониженного настроения и различных невротических расстройств.

Причины утомления и сна до сегодняшнего дня окончательно неизвестны. Одни ученые считают, что утомление наступает, когда исчерпываются запасы ферментов и катализаторов прежде всего в нервно-клеточных системах, что ведет к постепенному угасанию их активности. Пополняться же утраченные запасы могут только за счет развития тормозного состояния, главным образом, во время сна. Другие ученые приписывают ведущую роль накоплению в тканях, особенно в мышцах, продуктов распада, которые «отравляют» их и требуют для своего выведения «остановки»; они-то и нажимают на тормозную «педаль» бодрствования.

Если названные причины остаются пока что под вопросом, то о физиологических механизмах сна благодаря современным научным достижениям можно говорить более определенно. Сон — не застывшее, неподвижное состояние, одномоментно сменяющее бодрствование. Он зависит от глубины и распространения торможения. Так же как неодинакова степень бодрствования, различно и качество сна. Между бодрствованием и сном существует как бы промежуточное со-

стояние относительного равновесия физиологического возбуждения и торможения. Такое состояние получило наименование просоночного.

При засыпании прежде всего подвергаются торможению клетки и участки коры мозга, ответственные за вторую сигнальную систему. Они менее устойчивы по сравнению с более старыми в эволюционном отношении областями мозга, ответственными за первую сигнальную систему. Отдельные области коры и подкорковых образований у засыпающего человека какой-то период еще продолжают свою «отражательную» деятельность, однако без коррекции высших отделов мозга. В результате этого возникают «полуреальные», расплывчатые пластичные образы, лишенные, как правило, пространственной ориентации.

Физиологические процессы торможения никогда не захватывают всю кору целиком. Остаются «сторожа», которые постоянно, даже при внешне кажущемся глубоком сне продолжают связывать человека с окружающим миром. Они меняются у разных людей и в разных условиях. Уставшая мать может спать среди многообразных шумов, но стоит ребенку заплакать, как она тут же просыпается. «Сторожевой пункт» мозга всегда настроен на получение самой главной информации, для матери — это крик ребенка.

У животных сон тоже не бывает абсолютно полным. Понаблюдайте за спящей кошкой. У нее часто шевелятся уши, и только послышится шуршание, напоминающее шорох мыши, как она немедленно вскакивает.

Интересны наблюдения за огромными моллюсками с большими головами и восемью щупальцами-ногами, живущими в Италии на морской биологической станции. Опускаясь на дно аквариума и ложась спать, моллюск окутывает голову семью щупальцами, а восьмую «ногу» поднимает вверх. Она напоминает часового, охраняющего спящее подразделение. Закутанную голову можно трогать и подталкивать — моллюск не двигается; если же притронуться к восьмой щупальце, он сразу пробуждается и отплывает в сторону. «Сторожевой пункт» мозга — необходимое охранительное приспособление всего живого.

Во время глубокого сна происходит комплекс изменений и в прочих внутренних органах человека. Деятельность большинства из них протекает на «минимальном уровне». В состоянии бодрствования расходуются нужные вещества; во сне же, наоборот, они усваиваются. Артериальное давление понижается, температура тела несколько падает, одна-

ко пищеварительные органы, печень, поджелудочная железа остаются в своем режиме. Начало снижения активности мышц каждому из нас хорошо знакомо, это как бы первый признак надвигающегося сна — появляется вялость, «тяжелеют» веки, руки, ноги. При глубоком сне мышцы совсем расслаблены. Именно поэтому свешивающаяся с кровати рука спящего человека напоминает безвольно болтающуюся плеть.

Потребность во сне различна. В норме, чем старше человек, тем меньше он спит. Новорожденным на сон требуются 22 часа в сутки, старику — не более 4—5. Объясняется это в первую очередь тем, что растущему, активно поглощающему энергетические запасы организму (прежде всего это относится к детям) нужен более продолжительный отдых для пополнения потерянных сил.

Без сна жизнь людей может продолжаться значительно меньше, чем без воды и пищи,— не свыше 10 суток. В средние века и в фашистских застенках во время Великой Отечественной войны лишение сна применялось в качестве особо изощренной пытки.

Конечно, говоря о сне, нельзя не сказать о сновидениях. По образному выражению И. М. Сеченова, сновидения — «небывалая комбинация былых впечатлений». В них в особом виде «оживают» нервные следы имевших место переживаний, то есть своеобразно проявляются механизмы памяти и восприятия в условиях большего или меньшего торможения. Хаотическое мышление, лишенное координации сознания,— вот наиболее общая характеристика сновидений.

Успехи науки последних лет с достаточной степенью определенности позволяют установить, как спит человек. Когда о ком-нибудь говорят, что он спит «как убитый», это неверно. Любой человек за ночь во сне совершает не менее 20—60 незначительных движений, расходуя на это 30 секунд из каждого часа. Во второй половине ночи люди двигаются чаще, чем в первой. Дети — чаще, чем взрослые.

Можно считать, что людей, не знающих сновидений, нет. Нормальный человек ночью видит четыре-пять снов, однако запоминает их далеко не всегда. Американский физиолог Н. Клейтман, посвятивший более сорока лет описанию и изучению сна, обратил внимание на то, что в течение ночи у спящего человека периодически повторяются быстрые движения глаз. Удавалось даже регистрировать это движение. Электроэнцефалограммы показывали, что появление среди медленных «сонных» волн усиленной электрической актив-

ности мозга, трактовавшейся ранее просто как поверхностный сон, совпадало по времени с движением глаз. Это навело Клейтмана и его сотрудников на мысль, что подъем электроэнцефалографической активности и движение глаз могут быть обусловлены видением снов. Для подтверждения их мысли многие исследователи в разных странах провели тщательные наблюдения. Спящих испытуемых сразу же после регистрации серии движений глаз будили и спрашивали, видели ли они сны. Почти все подтверждали это и рассказывали, что им снилось. Почему же сны чаще всего забываются? Потому что все зависит от двух основных видов памяти. След текущего события, как уже отмечалось выше, концентрируется вначале «кратковременной» памятью и угасает за несколько секунд. Только если он фиксируется при помощи механизмов внимания, долговременная кладовая памяти берет его на хранение. Во сне механизмы внимания, вероятно, выключены и «работает» лишь кратковременная, текущая память. Поэтому о сновидениях если и можно вспомнить, то непосредственно после их «просмотра». Если же сновидения появляются у человека во время поверхностного сна, когда сохраняются незаторможенными многие участки мозга, в том числе и те, которые контролируют и настраивают внимание, кратковременный след в какой-то мере фиксируется на относительно продолжительный срок. Обычно лучше всего запоминаются последние за ночь сновидения — они возникают при пробуждении человека, в просоночном состоянии, когда начинает «просыпаться» и внимание.

Объективный метод изучения сновидений позволил выявить ряд закономерностей. Оказалось, что сновидения начинаются только после определенного периода глубокого сна, когда на электроэнцефалограммах регистрируется устойчивый «сонный» ритм. Затем они появляются почти регулярно с интервалом около полутора часов. Первое сновидение длится недолго, следующие постепенно увеличиваются, а последнее может занять более часа.

Содержание сновидений, каким бы перепутанным оно ни было, обязательно связано с впечатлениями периода бодрствования. Очень часто снятся события прошедшего дня. Их «следы» в памяти еще свежи и потому легко возобновляются.

Нередки случаи, когда человек «во сне» решает то, что не смог решить днем, припоминает то, что не смог вспомнить накануне, даже творит то, что не получалось раньше.

Например, А. С. Пушкин некоторые стихотворения «сочинил» во сне и, проснувшись, тут же записал их. У А. С. Грибоедова план «Горя от ума» созрел также во время ночного сна. Немецкий химик Фридрих Кекуле, безуспешно пытавшийся постичь закономерности в структуре молекулы бензола, как-то, смотря на огонь, нечаянно задремал и во сне «увидел», как змея, изогнувшись, жалила собственный хвост. Проснувшись, он по аналогии с только что исчезнувшим «видением» понял, что основа молекулы бензола состоит из кольца, включающего атомы углерода. О творческих «озарениях» во сне писали И. С. Тургенев, Л. Н. Толстой, А. П. Чехов.

Подобные «прихоти» творчества, за которые цепко держатся идеалисты, доказывая влияние и бессознательного, и сверхъестественного (чаще всего божественного) начала на сознательную деятельность человека, вполне объяснимы. Любой вопрос, который как бы «проясняется» перед нами во сне, накануне, иногда и не в этот день, а в течение многих недель или месяцев занимал и будоражил мозг. Решение созревало постепенно, но окончательно оформиться не могло, что-то мешало, в том числе и недостаточная концентрация внимания в связи с различными делами, которые приходилось выполнять. Во сне человек освобождается от раздражителей, участки коры затормаживаются, в последнюю очередь «уходят на покой» особенно возбужденные с запечатленными представлениями об интересующем и мучающем вопросе. Уходят, но еще не ушли. И вот здесь, в полузаснувшем состоянии иногда создаются наилучшие условия для решения задачи. И Пушкин, и Грибоедов, и Кекуле неотступно, с вдохновением думали, вынашивали свои идеи и засыпали, конечно же, с мыслями о них, пока однажды в приглушенном сном сознании не родилось ясное решение. У неподготовленного, «случайного» человека невозможны счастливые творческие сны.

На содержание сновидений большое влияние оказывает окружающая обстановка. Разбитый в комнате флакон духов с резким запахом часто вызывает сон с ощущением именно этого запаха. Шумы улицы, проникающие через окно, мерное посапывание соседа, звук тикающих часов — все это может служить стимулом для «сонных симфоний», ветров и криков. Однажды лица большой группы испытуемых обрызгали водой. Проснувшись, они рассказали, что одним снилось, как они плавают, другие видели себя в душе. Такая зависимость сюжета сновидений от обстановки еще раз подтверждает,

что бодрствование и сон — лишь две стороны одного физиологического процесса.

Люди издавна пытались трактовать сны и видеть в них вещие предсказания. В дореволюционной России, да и сейчас в некоторых странах издаются «путеводители по снам» — «сонники». Но толкование сновидений связано в конечном итоге с их содержанием, а содержание не может быть ничем иным, как продуктом переработки мозгом сигналов, поступающих от внешних и внутренних (находящихся в различных участках тела) раздражителей и из кладовой памяти. Так что искать в «сонных мыслях» указания на будущее по меньшей мере нелепо.

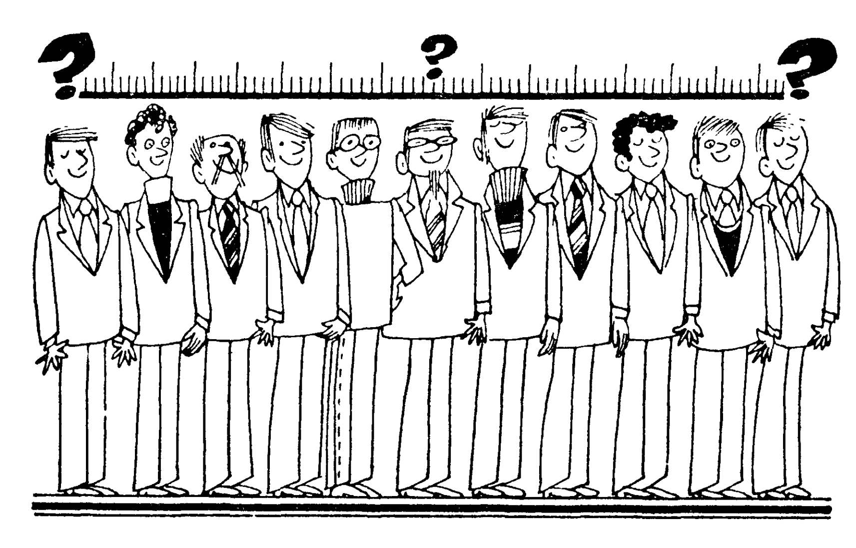
Полезны или вредны сновидения? На этот вопрос правомерно ответить иначе — они необходимы. Ученые проделывали следующий опыт. Едва у обследуемых во сне начиналось движение глаз, их будили; контрольную группу будили только после завершения «сонных» циклов. У людей с прерванными сновидениями наблюдалась интересная закономерность — обрывы возникали все чаще. У одного из испытуемых на восьмую ночь эксперимента было зарегистрировано около 200 циклов сновидений. В контрольной группе ничего подобного не происходило. Однако это еще не все. Люди, которых лишали снов, через несколько дней становились раздражительными, нервными, у них изменялся аппетит. Очевидно, для нормальной жизнедеятельности организм нуждается в определенном количестве сновидений.

Как и выяснение других «механизмов» психической деятельности, анализ сновидений при различных болезненных нарушениях может помочь в постановке правильного диагноза, в выявлении причин заболевания. Так, ночные сны и сноподобные расстройства, которые запоминались больными и затем, по просьбе врачей, отражались в рисунках, позволили установить, что при неврозах содержание сновидений в основном зависит от конфликтных или травмирующих ситуаций. При алкоголизме, наркомании, других токсических воздействиях сновидения бывают двух родов: банальные кошмары и галлюцинаторно-бредовые. Во втором случае они часто переплетаются с искаженными переживаниями наяву, нередко отличаются яркостью цветовой гаммы, фантастичностью, «интересностью», бурной реакцией на «видимые» картины. При депрессии во сне обычно превалируют грустные сюжеты, при повышенном настроении — отрывочные, нередко эротического характера. У больных шизофренией снови-

дения зачастую сложные, «запутанные». В общем, картина сновидений дает врачу дополнительный материал для оценки аномалий пришедшего к нему пациента.

* * *

Таковы основные стороны единой и неделимой психической жизни человека. Ослабление функциональной активности и извращение деятельности каждой из них — внимания, памяти, воли, эмоциональности, мышления, правильного соотношения бодрствования и сна и других, наблюдаемые при нервно-психических расстройствах, обусловливают различные по сути и степени выраженности психические заболевания.



Глава 4

«НОРМА» и «БЕЗУМИЕ»

ГРАНИЦЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Говорить о какой-то точной психической «норме», свойственной некоему «среднему» человеку, очень сложно и, вероятно, вообще невозможно. По словам известного советского психиатра П. М. Зиновьева, область психического здоровья в действительности «переполнена многочисленными мелкими и крупными явлениями, только количественно отличающимися от несомненно ненормальных...». Психическую норму нельзя рассматривать как что-то абстрактное и невыразительное. Посредственность ни в коей мере не может быть принята за эталон. Каждый человек обладает строго индивидуальным набором психологических качеств, собственным уровнем развития различных способностей. При этом человеческая красота заключена отнюдь не в стандартных пропорциях.

Учитывая, что психическая деятельность — результат совместных биологических и социальных процессов, здоровым принято считать человека, у которого гармонично развиваются потенциальные физические и творческие силы, делающие его зрелым, работоспособным и активным членом

общества. Причем для него характерны целенаправленность, адекватность (соответствие), плановость и упорядоченность действий. Именно социальная значимость является основным критерием, который определяет его достоинства.

При отсутствии психических расстройств человек должен быть, по мысли Сенеки, высказанной в самом начале нашей эры, полезен максимально многим людям; если это невозможно — то хотя бы немногим; если это невозможно — то хотя бы своим ближним; если даже и это невозможно — то самому себе. Американский психолог Джезоф, используя отчасти знаменитую формулу Горация, предлагает определять душевное здоровье как состояние, при котором человек доволен собой, правильно относится к другим и способен противостоять жизненным неурядицам.

В книге «Норма, болезнь и вопросы здравоохранения» советский исследователь А. Д. Степанов наиболее общим признаком патологии считает утрату человеком способности полноценно выполнять какие-либо функции. Подразумевается не только главная, трудовая деятельность, но и другие ее формы — общественно-политическая, художественно-эстетическая, познавательная, коммуникативная и т. д.

Разграничение психического здоровья и патологии имеет важнейшее и теоретическое, и практическое значение. Врачу-психиатру нередко приходится проводить медицинскую экспертизу и решать судьбу пациента — давать санкцию на его привлечение к судебной ответственности или же, наоборот, освобождать от нее. Выявляемые «отклонения» накладывают на больного ряд социальных ограничений, лишают некоторых гражданских прав и обязанностей — службы в армии, к примеру. Между тем существующие в настоящее время в каждой стране свои собственные законодательства в этой области, официально утвержденные или традиционно применяемые, не всегда удовлетворительны.

Как же психиатру не ошибиться при рассмотрении встающих перед ним весьма ответственных вопросов? Чем руководствоваться?

Исследуя больного, составляя заключение, психиатры не хаотично набрасывают в кучу все те странности и непонятности в его поведении, из-за которых он входит во врачебный кабинет, а скрупулезно и тщательно, буквально по кирпичику собирают и фундамент, и все надстройки болезненного процесса. Учитываются расстройства работоспособности, восприятия окружающего мира, внимания, памяти, мышления, эмоциональных реакций и т. д.

Хотя трудности в установлении того или иного диагноза в ряде случаев сохраняются, распознавание психических болезней приобретает все более совершенные формы. Уже описаны основные виды и варианты болезненной ненормальности с учетом познанных законов работы мозга и психической деятельности, выявлены непосредственные и косвенные причины, приводящие к возникновению психозов. Немалый вклад внесли в это, кроме данных, полученных клинической медициной, биологические и экспериментально-психологические исследования, помогающие в настоящее время объективно и достаточно наглядно представлять патологические механизмы в психической жизни больного человека.

Все возможные отклонения от нормы в современной психиатрии принято рассматривать главным образом в двух группах — это пограничные формы нервно-психических расстройств и «истинные» психические заболевания. Если их развитие представить как вытянутую прямую линию, то пограничные состояния займут место между нормой и собственно болезнями. Особенностям различных психических заболеваний посвящены следующие главы книги.

Однако прежде чем обратиться к ним, давайте попробуем разобраться, чем же отличаются проявления психической болезни от поведения здорового человека, совершающего какой-либо непонятный для окружающих поступок и в силу этого нередко называемого безумцем.

КОМПЕТЕНЦИЯ ПСИХИАТРОВ

Безумие — более широкое понятие, чем психическая болезнь, хотя сейчас практически они все чаще «накладываются» друг на друга.

Древние философы склонны были видеть два типа «неразумия» — сумасшествие и неведение. Быть без ума может и здоровый человек, когда он производит какие-то конкретные, недостаточно обдуманные, «странные» действия. Причем здесь многое зависит и от того, кто называет человека безумным, ибо наши суждения бывают субъективными и однобокими.

Кого считать умным, а кого наоборот — без ума? Или вообще безумным, если вкладывать в это слово уже иной смысл — свидетельство той или иной патологии? Любой однозначный ответ на эти вопросы неполон и неверен. Немало

основных закономерностей и градаций в окружающем нас мире симметричны и в конце концов поддаются разгадке, когда мы раскрываем простое в сложном. В идеале, наверное, надо стремиться к простоте, всем понятной четкости и в объяснении психической нормы и болезни. Однако на сегодняшний день это пока еще далеко не всегда возможно. Известно, что имеются достаточно четкие определения тех или иных противоположных качеств или явлений. Например, черное — белое, холодное — горячее, мокрое — сухое и так далее. Но не все окружающее измеряется только противоположными понятиями. Как между двумя полюсами находится весь земной шар, так и между черным и белым, холодным и горячим, мокрым и сухим заключено неисчислимое количество оттенков и характеристик. Спросите ваших спутников, пришедших летом на берег реки или моря,— какая вода? Один скажет — теплая, другой сравнит ее температуру с парным молоком, а вам, возможно, вода покажется прохладной. У каждого свои чувствительность и опыт и соответственно этому — свои мерки. Причем в течение жизни они не остаются неизменными. Вначале человек воспринимает почти все окружающее преимущественно в противоположно-контрастных диапазонах, таких же, как тепло и холод, свет и темнота. Поэтому дети непосредственнее и категоричнее в своих чувствах и желаниях: хочу — не хочу; хороший или добрый человек — плохой, не добрый; это мой друг — это мой враг. В юности обычно «контрастность» суждений несколько сглаживается — появляются сомнения в своей правоте. В зрелые годы людям свойственны более глубокие оценки — жизненный опыт к тому обязывает. Резкие крайности как бы раздвигаются и впускают в сознание смесь красок, полутона, полухарактеристики. При этом анализ фактов, идейная убежденность, высокое чувство долга — иначе говоря, напряженная мыслительная деятельность, обоснованная, а не непосредственная чувствительность составляют основу отношений к людям и событиям. Отсюда и понятия о добре и зле, о врагах и друзьях, о хорошем и плохом у детей может быть одно, а у взрослых — совсем иное.

Если оценки окружающего мира у любого здорового человека с возрастом приобретают некую типичную тенденцию, то это не исключает великого множества «разночтений» в мнениях и соответственно — в собственных действиях. Индивидуальность, как читатель помнит, определяется и врожденными особенностями конституционной типологии, и накопленным в течение жизни опытом, и функциональным со-

стоянием нервной и других систем в данный момент.

Для объективных измерений тепла и холода существуют термометры, света и темноты — стандартные единицы освещенности и т. д. Не будь этого, прогресс науки и техники был бы значительно затруднен. А в области психической деятельности человека? Тут отдать предпочтение какому-то одному (или даже нескольким) критерию, пытаться с его помощью сравнивать людей, говоря, что первый из них умный, второй — глупый, третий — полноценный, а четвертый — сумасшедший, было бы просто непростительно. Многогранные возможности человеческой психики развиваются то в одном направлении, а то в совершенно противоположном. Бывают талантливые музыканты, которые не могут решить элементарных математических задач; в то же время выдающиеся математики, удерживающие в памяти тысячи сложнейших формул, не в состоянии правильно запомнить ни одну музыкальную фразу. Кто из них умнее? Сравнивая только музыкальные и математические способности, этого сказать нельзя.

Где же тот термометр, где та стандартная единица меры, пользуясь которыми можно судить об уме человека? Их нет и в принципе не может быть.

Не следует ли из этого, что и в области болезненных психических расстройств ненормальность, обусловливающая неправильное, безумное поведение человека,— субъективное мнение врача-психиатра? Не стоит ли полагать, что о проявлениях психических заболеваний можно судить лишь с оговорками? Нет, ни в коей мере. Психическая болезнь имеет в большинстве случаев уже познанную материальную основу в виде нарушения структурной и функциональной целостности головного мозга. Она требует специального подхода и анализа не с позиции соответствия или несоответствия принятым нормам поведения, а с позиции развития патологического процесса. Психиатрия — область медицины, и для психиатрического диагноза необходима прежде всего медицинская, врачебная компетенция исследователя, учитывающая, однако, различные жизненные обстоятельства.

Характерно в этом отношении определение состояния вменяемости или невменяемости при психических заболеваниях. Судебно-психиатрическая экспертиза (мы говорили) решает, освободить ли от суда преступника, признав его невменяемым и рекомендовав меры медицинской защиты общества (например, принудительное лечение), или же предать его суду, который будет руководствоваться социально-пра-

вовыми (а не медицинскими) критериями в оценке правонарушения. При разборе этого вопроса требуется высшая профессиональная компетенция психиатров. Как бы жестоки ни были поступки лиц, представших перед судебно-психиатрической экспертизой, врач-эксперт должен быть вооружен не своими эмоциями и не умозрительными заключениями, а точным научным расчетом.

Показательно также определение состояния вменяемости при простом и патологическом алкогольном опьянении. При простом опьянении после приема спиртного возникают известные многим психические, неврологические и соматические (телесные) расстройства. Они выражаются сначала в легкости суждений, беспечности, частой смене настроения, нередко с преобладанием раздражительности, вспыльчивости, злобности. Позднее у человека замедляются темп мышления и речь, теряется их логическая связанность, снижается критическое отношение к себе и поведению других. В силу этого изменяется необходимый для анализа временной разрыв между появлением желаний и их реализацией, что приводит к несдержанности, подозрительности, немотивированной агрессии.

При наибольшей степени опьянения наблюдается головокружение, нарушается координация движений, оценка величины предметов и расстояний между ними, наступает физическая слабость, сонливость. В этих случаях может быть некоторое недоосмысливание окружающего, затрудненность восприятий и запоминаний событий, но всегда сохраняется определенный контакт с реальной обстановкой. После глубокого сна то, что переживалось в «водочном угаре», как правило, удерживается в памяти.

В дурмане простого алкогольного опьянения довольно часто совершаются различные правонарушения, в том числе и тяжелые преступления. Причем поведение человека может вызывать подозрение о наличии у него психического заболевания. Это служит поводом для направления обвиняемого на судебно-психиатрическую экспертизу. Вот красноречивый пример[1].

Исследуемый Я., 22 года. Алкоголь употребляет с 16 лет. Под его влиянием становился малообщительным, настрое-

---

[1] Это наблюдение, так же как и следующее, взято из кн.: Морозов Г. В., Качаев А. К., Лукачер Г. Я. Дифференциальная диагностика простого и патологического опьянения. М., 1973. Оба наблюдения приводятся, по согласованию с авторами, с некоторыми сокращениями.

ние менялось в сторону подозрительности, раздражительности, гневливости.

В день правонарушения Я. с незнакомыми выпил 400—500 граммов водки и 1 литр пива. После этого пошел в городской парк. У кассы кто-то ему сказал, что таких, как он, «без намордников в парк не пускают». Я. тут же «вспомнил», что в прошлом его неоднократно в этом парке избивали и он испытывал «неприязнь» к молодежи. На предварительном следствии — уже потом — Я. показал, что его оскорбили и он «рассвирепел».

Свидетели видели, что Я. ходил по улицам, останавливал молодых людей и спрашивал у них, не из этого ли они города. Услышав от гражданина П. утвердительный ответ, ударил его ножом. Затем молча нанес ранение в живот двум случайным прохожим. И еще двум. Тут же с вопросом: «Кто еще есть из городских?» — подбежал к девушке с молодым человеком, оттолкнул девушку, а ее спутника ранил в голову. На него бросились, повалили. Я. выронил нож, пытался подняться, но не мог, в отделении милиции вскоре уснул.

Судебно-психиатрическая экспертиза установила, что у Я. за последние два года сформировался хронический алкоголизм. В физическом и неврологическом аспектах отклонения от нормы отсутствовали. При расспросах о правонарушении он волновался, подчеркивал, что был пьян и поэтому ничего не помнит.

Анализируя этот случай, эксперты обратили внимание на то, что у Я. во время совершения преступления была сохранена правильная ориентировка в окружающем, он вступал в разговор с отдельными лицами, проводил определенную линию в отношении «городских» — старых своих обидчиков. Его агрессивные действия были обусловлены мстительностью и несдержанностью, а не болезненным расстройством сознания. Именно алкоголь породил распущенность и деградацию личности.

Судебным психиатрам часто приходится иметь дело с патологическим опьянением — острым, кратковременно протекающим психическим расстройством. Оно рассматривается как болезненное состояние, для которого характерно внезапно наступающее, как говорят специалисты, сумеречное изменение сознания. Человеку кажется, что ему со всех сторон что-то угрожает. У него могут появляться бред и галлюцинации, тревога, растерянность, страх. На внешние реальные события он не реагирует, в контакт с окружающими не вступает.

Для патологического опьянения есть целый ряд неврологических и соматических показателей, в частности, способность совершать в таком состоянии (в отличие от простого опьянения) быстрые, ловкие и высококоординированные действия, находясь во власти «придуманной» идеи, отсутствие выраженных физических признаков того, что человек «под градусом». Обычно патологическое опьянение наступает у лиц, перенесших в прошлом травму головы и испытавших накануне недосыпание, переутомление и воздействие других ослабляющих организм факторов.

Для понимания характера патологического опьянения обратимся к следующему наблюдению.

Исследуемый С., 21 год. В 16-летнем возрасте получил травму головы. Окончил 10 классов, был слесарем на заводе. Последнее время работал сторожем.

С. был назначен ответственным за доставку груза по железной дороге. В группу входили Д., З. и Е. В пути они находились четверо суток, у всех самочувствие было хорошее, ехали без ссор и конфликтов. 20 апреля утром состав прибыл на станцию.

С., Д., З. и Е. выпили по стакану вина. В 10 часов машинист тепловоза Г. видел их всех через открытую дверь вагона. Они мирно беседовали. После уборки З. и Е. легли спать в соседнем вагоне, а С. и Д., сидя за столом, нормально разговаривали. В полдень поезд остановился на разъезде и простоял там до 14 часов. В это время дежурная заметила С. и Д. Все было спокойно, С. смеялся. В 14 часов 30 минут поезд достиг следующей станции. Через 3—4 минуты после остановки из вагона, держа в руках ружье, выпрыгнул С. Он набросил щеколду на дверь и пошел по рельсам. В пяти метрах от дорожного мастера, свидетеля П., он крикнул: «Прими вправо»,— тот посторонился, и тут же прогремел выстрел. Лицо у С. было «бледным», глаза «страшные». П. решил, что С. «не в своем уме». Свидетели З. и Е. подошли к вагону, из которого выпрыгнул С., оттуда капала кровь. Они обнаружили сидящего у стены Д., уже мертвого. По заключению экспертизы смерть Д. последовала от сквозного ранения шеи и черепа.

С. добрался до населенного пункта. Войдя в сад одного из домов, он сбросил шапку с головы и двинулся дальше, стреляя на ходу. Свидетель П. видел, как С. шел по улице прямо, не шатаясь. Вскоре С. приблизился к П., направил карабин в его сторону и скомандовал: «Назад!» Далее С. встретил свидетельницу Г., которой крикнул: «Во двор! Чего стоишь?»

Свидетельница решила, что С. из охраны и выполняет служебные обязанности. Но когда С. подошел ближе, она испугалась выражения лица, «необычного» взгляда, хотя, и по ее словам, он не шатался. Внимание С. привлек стоявший у дома автомобиль. Не дойдя до него 25 м, С. крикнул: «Стой, назад, с дороги, в хату!» — и выстрелил по машине. Затем, перешагнув через проволочную ограду, пошел дальше.

Свидетели П., Н., М. показали, что С. держался «устойчиво», но производил впечатление «расстроенного или ненормального» человека. Они сразу же сообщили в отделение милиции и вместе с опергруппой отправились на поиски С.

В это время на дорогу, по которой шел С., выехал на велосипеде свидетель О. Он запомнил, что у С. глаза были широко открыты, выражение лица «страшное, короткие волосы вздыбились». Увидев О., С. поднял ружье, велел: «Стой, стрелять буду!» — толкнул ногой ворота во двор свидетеля Ф. и выстрелил не глядя. Далее он оказался во дворе свидетеля Г., где выстрелил в собаку. Затем, не останавливаясь, стрелял во все стороны.

Свидетельница Б. видела, как С. шел по огороду быстрыми, уверенными шагами («пьяные так не ходят») и беспорядочно стрелял. Около дома Г. закричал: «Выходи, буду стрелять!»

Когда Г. появилась во дворе, С. приказал: «Беги, стрелять буду!» — и, мигом очутившись около окон, еще повторил: «Выходи на улицу, буду стрелять». Тут милиционеры заметили С. «Он кружился во дворе, как будто бы что-то искал», затем выскочил на дорогу. Опергруппа залегла. Свидетель Г. скомандовал: «Бросай оружие, стой!» — выстрелил вверх. С. резко повернулся и, не пригибаясь, начал палить в Г. У сотрудников милиции создалось впечатление, что С. «не пьян, а ненормальный». Они вынуждены были открыть огонь. С. упал, затем поднялся, еще два раза выстрелил и опять упал. В результате перестрелки получил ранение мягких тканей руки. На автомашине С. привезли в больницу.

Там он был беспокоен, не давался врачу, вскакивал, приседал, ложился. Кричал: «Они шпионы, держите их!» Указывая на милиционера Л., называл его «фашистом, шпионом», угрожал стрельбой.

По мнению врачей, С. был не ориентирован, запаха алкоголя не чувствовалось. С. пытался убежать в ванную комнату, а когда его хотели уложить на кушетку, спрятался под нее. Вскоре он уснул. Затем был доставлен в милицию.

На допросе в 11 часов утра следующего дня С. подробно рассказал о событиях, которые имели место утром в день совершения преступления, в частности о том, как они с Д., З. и Е. пили вино. Заявил, что не помнит, как тронулся поезд со станции. Но вспомнил, как выскочил из вагона, куда-то бежал, слышал какие-то «хлопки», ощущал боль в правой руке, потом его вели, везли на автомашине, связывали. Не мог допустить, что убил Д.

Сомневаясь в полноценности психического состояния С. в момент правонарушения, его направили на судебно-психиатрическую экспертизу.

При исследовании у С. обнаружили ряд симптомов перенесенной в прошлом травмы головы.

В беседе с врачом он повторил те же сведения, что и на допросах. Удалось выяснить, что накануне преступления С. плохо спал ночью, так как часто просыпался, утром ничего не ел и пил натощак. Смутно припомнил, как куда-то бежал, гонимый страхом, все было, «как в странном сне». «Пришел в себя» примерно в 5—6 часов утра на следующий день, очень удивился, что оказался в милиции. После упоминания о происшедших событиях волновался, сожалел о пострадавших, появлялись слезы.

Сообразуясь с этими данными, судебно-психиатрическая экспертиза квалифицировала психическое состояние С. в момент преступления как глубокое помрачение сознания с нарушением ориентировки, бредовыми переживаниями и автоматизированными, не поддающимися смысловому пониманию действиями. Агрессия С. была направлена не против каких-либо определенных людей, а против всех, кто попадался на его пути и «включался» в орбиту бредовых переживаний. Д. попался первым...

Две трагедии, вызванные приемом алкоголя. Но весь смысл сравнения приведенных наблюдений в том, чтобы показать сложность и тонкость психиатрического анализа. В первом случае установили, что человек находился в состоянии простого алкогольного опьянения, в которое он ввел себя добровольно, и был вменяем, то есть мог контролировать свое поведение и отдавать отчет в своих поступках, а во втором — при патологическом опьянении исследуемый был невменяемым в силу болезненного расстройства сознания.

Это и есть одна из границ болезненной ненормальности и безумия, непосредственно не связанного с психическим заболеванием. Определение ее как в приведенных наблюдениях, так и во всех других аналогичных ситуациях не бывает

простым. Однако современная психиатрия (в том числе и судебно-психиатрическая экспертиза) накопила богатейший опыт, позволяющий не просто рассуждать, как бы гадая на кофейной гуще, а достаточно четко, на научной основе видеть «простое» и «патологическое», банальное и болезненное в поведении и опьяневшего, и любого человека с расстроенной психической деятельностью. Основываясь на этом, она и дает ответ на вопросы, ставящиеся перед ней судебными органами.

Иногда к врачу-психиатру приводят человека с теми или иными неправильностями в поведении, и нужно решить, признать ли его больным и поместить в больницу для срочного лечения, или отнести наблюдаемые странности к экстравагантным «нормальным» особенностям характера. Расскажу о таком примере.

Юноша влюбился в девушку, которая тоже вначале была к нему неравнодушна. На протяжении некоторого времени они почти ежедневно встречались. Однако вскоре молодой человек стал буквально преследовать возлюбленную — караулил ее около работы, ночевал в подъезде дома, где она жила, следил за каждым шагом и настоятельно требовал, чтобы немедленно состоялась свадьба. Это как-то настораживало и не столько привлекало, сколько отталкивало девушку. Однажды, в истерике, стоя на балконе, он заявил, что бросится вниз, если не получит расписки в том, что она любит его. В другой раз, схватив нож, сказал, что перережет себе вены, если девушка поедет в командировку и он не сможет ее несколько дней видеть.

Честно говоря, когда речь идет о критических состояниях, в частности, когда человек твердит о самоубийстве, врачу-психиатру гораздо проще и безопаснее санкционировать его немедленную госпитализацию в специализированное отделение и потом уже подробно разбираться что к чему. Отпуская подобного больного из кабинета домой, психиатр берет на себя ответственность, причем не только моральную, но и юридическую, за все возможные последствия.

И вот передо мной влюбленный... Разговор не из легких. О себе, о своих переживаниях рассказывать не хочет — он вполне здоров, и родственники притащили его сюда силой. Да, влюблен, да, не мыслит жизни без нее. Да, плохо спит по ночам и стал крайне раздражительным. Это уже звено в цепочке, за которое можно зацепиться. Спрашиваю: «А бессонница и вспыльчивость — проявления болезненные или нет?» С трудом подтверждает, что раньше такого не бывало.

«Что же делать? Это надо лечить?» Отвечает логично: «Доктор, не принимайте меня за сумасшедшего. Плохо спят по ночам и раздражительны многие». Не возражаю и тут же задаю «козырной» вопрос: «Здоровые люди разве собираются бросаться с балкона и перерезать себе вены?» — «Значит, вы знаете и это? Она вам рассказала?» — «А как бы вы поступили на ее месте — остались безразличны к таким словам и ждали бы, пока они перейдут в действие?» Он быстро перебивает: «Вы думаете, я не безразличен ей? Она любит меня?»

Опасный вопрос. Надо завоевать доверие собеседника и к тому же соблюдать «нейтралитет». Говорю о том, что это мне неизвестно и что вообще не задача врача разбираться во взаимоотношениях людей и их чувствах. Это их собственное и больше ничье дело. Только вот анализировать жизненные проблемы, в том числе и проблему о том, кончать ли с собой, нужно на трезвую голову, а не в истерике и растерянности.

В принципе молодой человек соглашается со мной. Постепенно завязывается непринужденный, откровенный разговор, и вот прорываются важные для моего предстоящего решения слова: «хотел попугать ее», «конечно, люблю жизнь и по-серьезному ничего бы не сотворил». Обращаю внимание на отсутствие заторможенности, скованности, плохого настроения, безразличия к окружающему — наглядных проявлений депрессии, при которой наиболее вероятно самоубийство. Основываясь на этом и на ряде других наблюдений, прихожу к выводу, что влюбленный во власти истерической демонстративности, есть и некоторые невротические признаки, но лечение не требует госпитализации. Прямо говорю ему об этом. Он оживляется, радуется, что не надо ложиться в больницу, о чем «подсознательно» думал, когда его вели на прием к психиатру. Проникшись доверием, начинает настойчиво просить, чтобы я выслушал все его доказательства справедливости моего заключения. Выговорившись, спрашивает: «Как вы думаете, любит она меня или нет, и что лучше — добиваться своего или оставить ее в покое?» Снова ухожу в сторону — на этот вопрос может ответить лишь он сам. Однако понемногу утверждаюсь во мнении: у сидящего передо мной юноши нервное напряжение и заострение на его фоне истерических черт характера. И ничего больше. Это принципиально важно. Следовательно, можно со спокойной совестью отпускать его домой. Назначаю успокаивающие средства, пытаюсь убедить, что, с врачебной точки зрения, ему целесообразно некоторое время не видеться с возлюбленной, войти в норму и проверить свои чувства. Расстояние и время

тут лечат эффективнее любых психофармакологических препаратов.

Молодой человек уходит, а беспокойство за него остается. Психиатрия — не математика, где все абсолютно точно. Ведь я мог и ошибиться при не такой уж продолжительной беседе в оценке психического состояния, не выявить признаков настоящей депрессии. Как сложилась любовная история и вообще судьба моего пациента — не знаю. Но уверен, что он жив. В противном случае мне пришлось бы держать ответ не только перед своей совестью, но и перед его родными и близкими, а возможно, и перед прокурором...

Представление о психических нарушениях многими связывается с нелепыми действиями человека, сопровождающимися возбуждением и агрессией. Тогда не возникает сомнений, норма это или безумие. Однако многообразие патологии далеко не исчерпывается только бурным и всем заметным проявлением. Непонятные, неуместные суждения, упрямство и непринятие возражений, эмоциональная холодность, без видимых причин постоянно печальное настроение, чрезмерная, несвойственная ранее веселость, неоправданная подозрительность — вот далеко не полный перечень совсем не «буйных» черт психических заболеваний, могущих стать опасными как для самого больного, так и для окружающих его людей. «Небуйные» внешне психические расстройства не бросаются в глаза каждому встречному, и поэтому, когда специалист-психиатр обращает на них внимание и говорит о безотлагательности лечения, он иногда встречает недоумение: «Доктор, не ошибаетесь ли вы, разве это психоз?»

Психиатрия — молодая наука, но наука, имеющая, как мы уже пытались показать, и свою теоретическую основу, и собственные методы обследования, и особые терапевтические возможности. Сомневающимся в правоте какого-то диагноза, конечно, трудно объяснить все сложности и премудрости современной психиатрии. Да и вряд ли это нужно всякий раз делать. Врачам, в том числе и психиатрам, необходимо верить. Ведь когда речь идет о врачебной помощи, многие становятся и советчиками, и судьями, и прорицателями, забывая при этом, что компетенция любого человека-неспециалиста исчерпывается или случайно полученными сведениями, или личным, весьма скромным опытом.

Наглядная иллюстрация сказанному — так называемое антипсихиатрическое движение, вспыхнувшее лет 20 назад в Англии, Италии, США и сейчас, хотя и пошедшее на убыль,

все еще будоражащее околонаучное общественное мнение западных стран. В основе этого движения лежит спекулятивно-философская подоплека, объединяющая порой полностью бессмысленную мистику, воинствующую энергию борцов за «абсолютную свободу» человека и некомпетентное суждение о сути психической деятельности в норме и при патологии.

Антипсихиатры исходят из того, что все нарушения поведения обусловлены только социальными факторами и биологических основ психических болезней не существует. В связи с этим какое бы то ни было отклонение не подлежит медицинскому (психиатрическому) обсуждению и целиком должно быть исключено лечебное коррегирующее воздействие. Оно именуется не иначе как «полицейская репрессия» или, того более, «преступление против человечества», поскольку якобы неугодные лица исключаются из общества путем приклеивания им «ярлыка» психически больного с последующим содержанием в психиатрических учреждениях.

Все разновидности антипсихиатрических взглядов объединяет категорическое отрицание возможности каких-либо биологически обусловленных причин «того, что называется психическими заболеваниями». Например, биологические аномалии и выявленные симптомы психозов — это, оказывается, язык, «с помощью которого в определенных социальных условиях одни люди дискриминируют других», а признаки шизофрении являются не чем иным, как «стигмами, сфабрикованными психиатрами» для помещения людей в психиатрические больницы — «места массового производства меток» для неугодных «кому-то» людей.

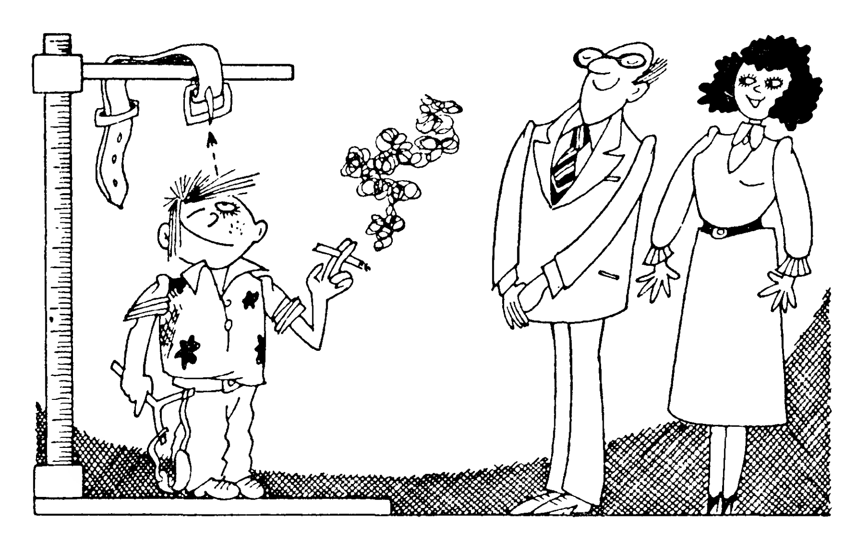
Что же все-таки определяет «ненормальное» поведение при психических расстройствах, с точки зрения антипсихиатров, если нет никаких естественнонаучных причин? Ответ однозначен. «Ненормального» поведения нет. Есть поступки, не соответствующие общепринятым нормам. И любой человек имеет на них право, если даже от этого могут пострадать как окружающие, так и он сам. Все психические расстройства исчезнут, как только будет реорганизовано общество. Но какова «модель» данного «безпсихиатрического» общества — никто не знает. А раз уж сегодня специализированные больницы приносят «социальный» вред, они должны быть закрыты, а сама психиатрия — ликвидирована.

«Антипсихиатрическая шумиха» нанесла немалый урон: вопреки очевидности у части больных в США, их родственников и даже медицинских работников сформировались

обособленные взгляды на «сумасшествие». Группа ученых обследовала по 100 пациентов в двух сравнимых по всем показателям психиатрических учреждениях США и ФРГ. Цель — изучить представления самих больных и их близких о психической норме и патологии и связанное с этим поведение заболевших в стационаре. Было обнаружено: больные в ФРГ обычно считают, что психические расстройства вызваны в первую очередь биологическими факторами и вследствие этого излечение зависит от лекарственного и иного «биологического» эффекта, причем оно не всегда может быть успешным; а американские больные, «заразившись» доминирующими в стране концепциями о социальной основе психозов, считают, что за развитие и течение болезни «ответственность несет» сама личность заболевшего. В соответствии с этим выздороветь можно благодаря «собственному желанию» и помощи окружающих.

Разница во взглядах на психическую болезнь в современном мире, как уже, наверное, убедился читатель на приведенных выше примерах, зависит от многих обстоятельств, но прежде всего от идеалистического или материалистического подхода к оценке психической деятельности человека.

Естественнонаучная база, без которой не обойтись истинному исследователю, позволила многое понять в законах психических процессов, в диагностике «нормы» и «не нормы». Результаты огромны — они сказываются и в экспертной практике, и в клинической, сотни тысяч психически больных возвращаются в строй. Психиатрия не нуждается ни в каких оправданиях, она честно служит людям, помогает им обретать утраченное здоровье. Именно это, а не случайная «антипсихиатрическая» или какая-либо другая кампания дает право оценки болезненно измененного поведения и при необходимости — компетентного вмешательства для лечения заболевшего человека.



Глава 5

НЕРВНЫЕ ЛЮДИ

ХАРАКТЕР

Образ мышления и действий, возможности выбора цели и путей ее достижения, последовательность в выполнении намеченного составляют важнейшие индивидуальные особенности характера человека. Он зависит от своеобразия нервно-психической деятельности, сочетания врожденных и приобретенных свойств, колеблющихся у разных людей в широких пределах. Интеллектуальные и моральные качества не шаблонны, они предусматривают как бы целый ряд «допусков», ни в коей мере не ведущих к психическим расстройствам. Эти-то «допуски» помогают человеку, с одной стороны, подстраиваться к окружающему, а с другой — активно воздействовать на него. Причем люди отличаются друг от друга главным образом не отдельными чертами характера — они налицо у каждого,— а их сочетанием в многоликом личностном ансамбле.

Нет и не может быть какого-то одного слова или однозначного понятия, «оценивающего» человека. Но к числу наиболее общих и емких относится определение его темперамента, на фоне которого формируется характер.

Еще древнегреческий врач Гиппократ описывал четыре вида темперамента:

Сангвиники — люди энергичные, оживленные, эмоциональные, впечатлительные, общительные. Они, как правило, легко и быстро приспосабливаются к новой обстановке.

Флегматики — обычно спокойны и невозмутимы, способны к длительной напряженной работе, их трудно вывести из себя, они медлительны, нерешительны, неохотно переключаются с одного дела на другое.

Холерики — энергичны, смелы, уверенны, решительны, инициативны, однако вспыльчивы, несдержанны, нетерпеливы, плохо владеют собой, не умеют рассчитывать сил и ни в чем не знают меры.

Меланхолики — в большинстве своем неуверенные, безынициативные, боязливые, мнительные, с подавленным настроением; они нелегко осваиваются с изменившимися условиями жизни, а в опасные и трудные минуты теряются.

Французский ученый Альфред Фулье в конце XVIII столетия внес в классификацию Гиппократа дополнения на основании изучения интенсивности и быстроты реакций. Он выделил:

1) людей чувствительных, с быстрой, но малоинтенсивной реакцией (ближе всего к сангвиникам);

2) людей чувствительных, с реакцией более медленной, но интенсивной (меланхолики);

3) людей деятельных, с быстрой и интенсивной реакцией (холерики);

4) людей деятельных, с медленной и умеренной реакцией (флегматики).

У представителей первого типа темперамента, по Фулье, наблюдается непропорциональность между живой чувствительностью (эмоциональностью) и слабой двигательной реакцией. Во втором случае на ту же эмоциональность «накладывается» особая впечатлительность, продолжительная «внутренняя» переработка того или иного события. Третий и четвертый типы, в противоположность двум первым, отражают не столько присущую человеку эмоциональную окраску переживаний, сколько «стиль» поведения. Холерики сразу же воспламеняются при встрече с препятствием, им как бы свойственна потребность в трате энергии, и они тяжело переносят обстоятельства, мешающие их жизненной активности. Флегматиков отличает от сангвиников сравнительная неповоротливость во всех действиях.

Четыре типа темперамента — с разными оговорками и некоторыми изменениями — «признаются» фактически всеми исследователями психической деятельности человека. Но это лишь, так сказать, крайние варианты. У многих людей можно обнаружить мозаичное их переплетение, те или иные «переходные» формы, что дает основание ученым составлять многочисленные классификации. В частности, советский профессор О. В. Кербиков, а вслед за ним Г. К. Ушаков предлагают разделять людей с невротическими расстройствами на три типа — тормозимых, возбудимых, истероидных. Именно в этих группах по-своему формируются и протекают различные болезненные нарушения, проявляются характерные для каждой клинические формы и варианты неврозов.

В 20-х годах нашего века немецкий психиатр Эрнст Кречмер предложил объединить всех по особенностям темперамента в две большие конституциональные группы — шизотимиков и циклотимиков. Внутри этих групп он рассматривал шесть видов в зависимости от приближения к пределу чувственной вспыльчивости или, наоборот, холодной «нечувствительности» (шизотимики) и от преобладания жизнерадостного или пониженного настроения (циклотимики). К шизотимикам принадлежат гиперстеники — легко раздражающиеся, нервозные, нежные, «внутренне углубленные»; шизотимные — хладнокровно-энергичные спокойные и последовательные в своих поступках; анестетики — аффективно слабые и взбалмошные. К циклотимикам принадлежат гипоманики — пылкие, с подвижной психикой; синтонные, обладающие практическим реализмом, и «тяжелокровные» (выражение Кречмера) — с душевной мягкостью.

По мнению Кречмера, у лиц шизотимического типа имеется аналогия с некоторыми болезненными отклонениями, наблюдаемыми при шизофрении, у лиц циклотимического типа — с циркулярным психозом, который сопровождается сменой без всякой видимой причины выраженных фаз от подавленного настроения к повышенному и обратно.

То, что Кречмер в какой-то мере ставит знак равенства между особенностями темперамента у здоровых людей и психически больных и тем самым отрицает качественное отличие психозов от многоликости нормы, вызвало справедливую критику специалистов. Однако подмеченные ученым в результате длительных наблюдений корреляции между вариантами темперамента и телосложения в основном оказались

верными. Прежде всего это относится к людям циклотимного типа (для которых в большинстве случаев характерно пикническое строение — средний рост, круглая голова, раннее облысение, хорошо развитая грудная клетка, светлая кожа, склонность к полноте и др.) и шизотимного типа (астеническое строение — стройность, тонкие конечности, удлиненное лицо, густые волосы, излишняя худоба и т. п.).

Важнейший показатель характера, наряду со свойственным человеку темпераментом, своеобразие его стеничности, выражающееся в широком диапазоне проявлений — от крайних вариантов повышенного жизненного «тонуса» (гиперстения) до его снижения (астения). На это обращали внимание уже очень давно. Например, Филлострат, живший во II—III веках до нашей эры, дал подробнейшее описание так называемой астенической конституции, во многом повторяемое современными учеными. По словам крупнейшего советского психиатра П. Б. Ганнушкина, астеники — это постоянно вялые, слабые, быстро устающие люди, у которых чрезмерная возбудимость сопровождается резкой истощаемостью. Именно с наличием астенических черт венгерский исследователь Бералан Штиллер связывал до 80 процентов нейрогенных заболеваний желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь и др.).

Особенности темперамента, стеничности, «фазовость» смены настроения создают как бы «внутреннюю канву», своеобразную «мелодию», сопровождающую все решения и поступки человека. Они имеют большое значение для становления характера, но не могут в полной мере определять неповторимость личности. Это зависит от всех как биологических, так и социально-психологических механизмов психической деятельности.

С учетом этого профессор Берлинского университета К. Леонгард ввел в медицину понятие об акцентуированных личностях, подчеркивая, что любая индивидуальность заключается в преимущественной выраженности (то есть акценте, откуда и идет этот термин) отклонений от некоей средней величины двух сторон психической деятельности — характера, отражающегося в способе мышления и стремлениях человека, и темперамента, влияющего на темп и глубину аффективных реакций. Наиболее четко, как считает К. Леонгард, выделяются экстравертированные личности, у которых преобладает «мир внешних восприятий и впечатлений», и интравертированные личности, склонные к «миру представлений и внутреннему анализу».

В специальной литературе особенно много места отводится описанию так называемых сензитивных личностей (от латинского слова sensûs — чувство) — обостренно чувствительных, обидчивых, самолюбивых, застенчивых, мнительных, неуверенных в себе. Отсюда усиленная внутренняя «переработка» впечатлений при относительной задержке непосредственных реакций на внешние события, что нередко перерастает в болезненные, прежде всего психастенические расстройства.

Большой вклад в методику изучения функционирования нервной системы у различных типов людей внесли И. П. Павлов, его ученики и последователи. На основании многолетних исследований высшей нервной деятельности животных И. П. Павлов выявил «странные обстоятельства» двух серий опытов, проводимых на собаках. В одной серии при помощи электрического тока вырабатывался условный пищевой рефлекс, а естественный оборонительный, вызванный раздражением,— тормозился. Сила тока постепенно повышалась. Это приводило к срыву «приобретенного» рефлекса, и у собак на длительное время развивалось общее болезненное возбуждение. В другой серии собаке предлагалось отличать круг от эллипса. Правильное решение поощрялось — ей давали пищу. Постепенно собаке показывали эллипс, форма которого все больше приближалась к кругу, что чрезвычайно затрудняло дифференцировку. Когда соотношение диаметров эллипса и круга составляло 5:4, собака еще справлялась с задачей, когда же соотношение становилось 9:8, то есть когда эллипс уже незначительно отличался от круга, все ранее закрепленные условные рефлексы исчезали, животное становилось агрессивным.

Сопоставив способы провоцирования патологических состояний у собак, И. П. Павлов пришел к выводу, что у них вызывалось не что иное, как своего рода экспериментальный невроз. При этом он предположил, что с точки зрения физиологических механизмов невротические расстройства возникают в одном из трех случаев: при перенапряжении раздражительного процесса, как это было при действии особо сильного тока, не переносимого для нервной системы собаки; при перенапряжении тормозного процесса, как это было, когда слишком сложная и тонкая дифференцировка стала непосильной; или при нарушении, также из-за непомерных перегрузок, подвижности обоих процессов.

Было установлено, что экспериментальные неврозы могут проявиться не только внезапно, вслед за побудительной при-

чиной, но и постепенно, при хронической травматизации в течение опыта. Кроме того, многое зависит от организма животного. Скажем, беременность, ослабленное питание и ряд других факторов подготавливают «почву» для неврозов. А как объяснить, что при прочих равных условиях неврозы образуются сугубо индивидуально, с большей или меньшей быстротой и по-разному протекают у разных животных? Почему так происходит?

Пытаясь ответить на этот вопрос, ученые обратили внимание на «специфичность» деятельности нервной системы, от которой «зависит» своеобразие животных. В соответствии с этим были выявлены следующие основные типы нервной системы:

1) тип сильный, уравновешенный и подвижный — здесь и раздражительный и тормозной процессы одинаково сильны, а их подвижность значительна;

2) тип сильный, уравновешенный, но инертный — отличается от первого недостаточной подвижностью;

3) тип сильный, неуравновешенный — раздражительный процесс преобладает над тормозным;

4) слабый тип — оба процесса снижены.

Как оказалось, подобная классификация характерна не только для животных, но и для человека. Именно эти четыре разновидности определяют варианты темперамента, описанные Гиппократом и многими другими исследователями. Благодаря работам И. П. Павлова удалось проложить «мостик понимания» от основных механизмов высшей нервной деятельности к разнообразию человеческих характеров.

Выяснилось, что люди с сильным типом нервной системы обладают высокой работоспособностью, особенно если требуются большая выдержка и целенаправленность. Они не теряются в сложных ситуациях, инициативны и настойчивы, самостоятельны, не любят жаловаться на невзгоды, не ищут у окружающих поддержки. У них очень редки нервные срывы.

Люди со слабым типом нервной системы, наоборот, обладают низкой работоспособностью, нерешительны, стараются избежать ответственности, трудных положений; обычно им свойственно чувство собственной неполноценности, они не умеют отстаивать своих убеждений и легко попадают под чужое влияние. У них часты нервные срывы. У врача они пытаются вызвать жалость, сочувствие, плачут, рассказывая об «исключительно тяжелых» переживаниях и о «несправедли-

востях», которые на них обрушились. Не умея найти правильного выхода из «тупика», большей частью ищут помощи на стороне.

Соотношение нервных процессов может колебаться в широких пределах. Человек с крепким «тормозом» отлично владеет собой, предельно организован; с ослабленным — неуравновешен, тороплив, непоседлив, многоречив, излишне подвижен, подвержен эмоциональным вспышкам. Из-за инертности нервных процессов люди испытывают затруднения при переключении с одной работы на другую, им тяжело приспособиться к новой обстановке, изменить установившийся распорядок дня. Они медленно засыпают и медленно просыпаются. Это порождает дурные привычки, а то и патологические отклонения.

Стало уже ясно, что проявления любого невроза зависят от того, в какую сторону «сорвется» перенапряженная нервная система — в сторону преобладания возбуждения или торможения. Вероятно, именно этим можно объяснить две противоположные реакции всякого организма на то или иное раздражение. В самом деле, почуяв опасность, животное либо замирает, пытаясь быть незаметным, либо переходит к нападению. В какой-то степени и поведение человека, находящегося в невротическом состоянии, «умещается» между полярными точками: сверхбурной агрессивностью, возбуждением, вплоть до яростной («безумной») агрессии — и заторможенностью, доходящей иногда до полного оцепенения (ступор).

Характер — не застывшая величина. Хоть он и остается в основных чертах типичным для каждого человека, но «обрастает» своеобразными особенностями, обусловленными изменением возраста, жизненными потрясениями, общими заболеваниями и другими, несколько менее значимыми факторами. С возрастом, зрелостью обычно пропадает детское стремление к игровому восприятию мира, на смену эмоциональной непосредственности приходит «отягченный» знаниями и порой слишком превалирующий во взаимоотношениях с окружающими рационализм.

В весенние дни, когда под лучами солнца на городских асфальтовых площадях высыхают лужи, можно наблюдать, как дети с увлечением рисуют цветными мелками. Иногда тротуары быстро покрываются квадратиками рисунков. Родители, прохожие любуются творчеством малолетних художников. Но вот как оценил эту картину один из больных, страдавших депрессией. «Это — аналогия кладбища,— сказал

он.— Множество квадратов на асфальте — масса могил. Эти дети, не успев родиться, символически уже формируют вечное пристанище. Несчастные, им от игры и озарения надо еще перейти к осознанию, разочарованию и безразличному успокоению. Как тяжело преодолеть целую жизнь...» Так выразился больной человек, потерявший жизнелюбие и возможность эмоционального восприятия действительности, и его слова продиктованы, конечно, патологией. Но в известной мере, пусть и «криво», они отражают возрастную динамику чувств и поведения, свойственную многим людям: от игры и озарения — к успокоению. Если попытаться проследить на протяжении лет этапы не только эмоционального реагирования, но и формирования характера человека, то нетрудно заметить не всегда резкую, но достаточно четкую тенденцию в одних случаях — к его «смягчению», в других, наоборот,— к «обострению».

С определенностью можно говорить и о том, что образ жизни, «стиль» поведения, специфика трудовой деятельности накладывают на характер весьма заметный отпечаток. В последние годы чаще стал встречаться «деловой» тип человека. Его отличают постоянная озабоченная занятость, немногословность, конкретность, нелюбовь к «лирическим» отступлениям и рассуждениям, рационализм, стремление (и в большинстве случаев умение) к четкому распределению времени, последовательному мышлению и действиям, некая сухость и формальность во взаимоотношениях, энергичность в выполнении служебных обязанностей. Объяснение кроется в образе жизни, в убыстряющемся темпе современности. Ответственная и разноплановая работа, необходимость изучения и обдумывания огромного объема информации, общение с массой людей и формализация контактов с ними — все это эмоционально сковывает человека, «загоняет вовнутрь» его собственные переживания.

ВОЗБУЖДЕНИЕ

Возбужденный человек для многих в первую очередь олицетворяет «ненормального». Различные действия и переживания как здоровых, так и больных людей сопровождаются состоянием возбуждения. Оно крайне многообразно и требует своего уточнения.

...Получив мяч и набирая скорость, футболист продви-

гается к штрафной площадке противника. Вот он уже занес ногу для решающего удара... Стадион на мгновение затихает. Взгляните в это время не на отчаянно бросившегося на мяч вратаря, а на своего соседа по трибуне — заядлого болельщика. Он чуть привстал, рот полуоткрыт, глаза блестят, на щеках выступили красные пятна. Еще минута, и даже раньше, чем мяч окажется в сетке ворот, сосед вскочит, в экстазе хлопнет вас по плечу и, что-то крича, жестикулируя, топая, будет изображать, как забивали гол. Наверняка кто-нибудь рядом подумает: «Здорово он возбудился»...

Исследователь наблюдает в микроскоп за простейшими одноклеточными. В протоколе опыта он то и дело записывает: «При добавлении такого-то вещества отмечается возбуждение клеток»...

В психиатрическую лечебницу привезли больного. Еле удерживая, санитары усаживают его на скамейку, а в истории болезни появляется: «Возбужденное состояние»...

Что же это за всеобъемлющее понятие? Правомерно ли оно? Да, во всех этих и во многих других случаях мы не ошибаемся, часто употребляя слово «возбуждение».

Попадая под действие каких-либо посторонних сил, живые образования переходят от относительного физиологического покоя к возбуждению. Мы уже говорили, что за этим скрывается сложнейший комплекс физических и химических преобразований внутри клетки (системы, организма) — изменяется электрический потенциал выведенного из равновесия участка ткани, повышается обмен веществ, увеличивается теплоотдача и т. д. Процессы возбуждения далеко не однородны. У простейших одноклеточных они выражаются в медленно развивающихся двигательных реакциях. Амеба, например, вслед за раздражением перемещается при помощи изменения формы тела (появляются ложноножки). Иначе протекает возбуждение у высокоорганизованных организмов, обладающих «специализированными» тканями: мышца сокращается, по нерву стремительно несется импульс, железы внутренней секреции «по команде» вырабатывают гормональные вещества.

Читатель может быть в недоумении — все это касается отдельных клеток и систем, при чем же здесь возбуждение болельщика на стадионе или больного, поступающего в психиатрическую лечебницу?

Но мы ведь уже имеем представление, что поведение человека, его темперамент, раздражительность, наконец, воз-

буждение опираются на основные физиологические механизмы. Связь между, казалось бы, чисто теоретическими вопросами физиологии нервной системы и закономерностями нервно-психической деятельности удалось установить благодаря вкладу в науку выдающихся русских ученых — И. М. Сеченова, И. П. Павлова, И. Е. Введенского и их последователей. Не кто иной, как Сеченов, доказал, что психическая активность находится под постоянным влиянием — через органы чувств — окружающей среды. При чрезмерно интенсивных или длительных воздействиях любые нервные клетки утрачивают способность проводить сигналы. Как бы ни переполняло в этот период раздражение какой-нибудь участок нервной системы, оно не выйдет за его пределы — будет держаться «застойное возбуждение». И. П. Павлов установил, что «перевозбужденные» области в силу целого ряда условий возникают и в коре головного мозга. Причем «застойное возбуждение» может качественно трансформироваться в торможение. Такой переход совершается через определенные промежуточные (фазовые) состояния. Именно наличие динамического равновесия двух процессов — возбуждения и торможения — определяет функциональные возможности нервной системы.

Основываясь на сказанном, легко предположить, что если вновь пришедшее раздражение «застанет» соответствующий центр в фазе, близкой к торможению, то оно принято не будет. Например, сосредоточенно работающий человек «не заметит» многого происходящего вокруг. Или наш болельщик. Перед решающим ударом он притих, приготовился, замер. В это время в коре головного мозга «включены» центры зрения и слуха. Но вот мяч в воротах — наступает развязка и на футбольном поле, и в нервной системе. Теперь у болельщика на первом месте радость за команду, мысли об увеличивающихся ее шансах на победу, а это значит, что возбуждены уже иные центры мозга. Конечно, в манере внешних проявлений играют роль и волевые усилия, и общая культура, и обстановка. Ведь самый «необузданный» болельщик будет иначе реагировать на забитый гол, следя за матчем по телевидению.

Иногда бывает, что из-за какой-то обиды или просто дурного настроения человек «взрывается» — кричит, размахивает руками, кому-то угрожает и т. д. Его возбуждение подогревается отсутствием воли, умения сдерживаться. Кстати, подобные вспышки гнева мало что дают для утверждения своего мнения, кулаками, как говорится, ничего не дока-

жешь. Но к ним можно привыкнуть, как бы сделать нормой поведения. И не потому, что «тормоза» отказали,— они лишь ослабли или человек просто не хочет ими пользоваться. Возьмите, скажем, одного из работников, которые, к сожалению, все еще встречаются. С подчиненными он груб, пренебрежителен, может даже выгнать из кабинета. А вот перед своим начальником будет «тише воды». Так что «вожжи» распускаются в ряде случаев, только если человек «страдает» морально-этическими изъянами (ложно понятая собственная непогрешимость, невоспитанность, ограниченность кругозора).

Любое моторное, речевое, эмоциональное перевозбуждение, наблюдаемое при невротическом состоянии, свидетельствует о нарушении адаптации человека к внешним условиям.

ЗАЩИТНЫЙ БАРЬЕР

У каждого человека существует некий абстрактный, строго индивидуальный барьер психической адаптации, позволяющий уравновешенно реагировать на окружающее. В норме он обеспечивает своеобразный «оперативный покой», способствуя тем самым быстрому и оптимальному контакту со всеми природными и социальными факторами.

Активность этого барьера базируется на двух хотя схематически и разделяемых, но, по существу, слитых и подчиняющихся сложным законам диалектического двуединства основах — биологической и социально-психологической.

Первая из них зависит в каждый конкретный момент от функциональных возможностей центральной нервной системы и многочисленных других «звеньев» организма — сердечно-сосудистой, вегетативной, пищеварительной систем, органов чувств и т. д. Все биологические механизмы адаптационного барьера определяются в первую очередь генетическим и конституциональным «набором» человека. Они постоянно изменяются в течение его жизни, но основные их показатели (стереотип действия) формируются уже в раннем детстве и в дальнейшем, как правило, резко не меняются. Отсюда относительное постоянство темперамента, эмоциональных реакций, многих черт характера.

«Ломка» биологической основы проявляется в небольшом числе достаточно универсальных и стабильных болезненных расстройств. Из поколения в поколение на протяжении ты-

сячелетий повышенная нервность людей сопровождается обостренной возбудимостью, тревогой, страхом, раздражительностью, вспыльчивостью, плохим настроением. Уходили эпохи, культуры, менялись общественные отношения, а нарушения «механизма приспособления» человека к психическим перегрузкам в принципе оставались теми же.

Барьер психической адаптации не может существовать без второй своей основы — социально-психологической. Социальные воздействия формируют у каждого индивидуальное сознание, внутреннюю позицию личности, взаимосвязь с миром.

Социально-психологическая основа более изменчива по сравнению с биологической. Вспомним, например, что те обстоятельства, которые вызывали чрезвычайную реакцию предков, спустя столетия даже не замечались людьми, сумевшими их объяснить и устранить. Достижения науки и техники, радио, телефонная и телевизионная связь, самолетостроение, открытие атомной энергии, покорение космоса и т. д. резко изменили объем и содержание знаний современного человека, усилили его коммуникабельность, укрепили механизмы социально-психологической адаптации.

Моральные и волевые качества, идейная убежденность, приобретаемый опыт создают «иммунитет» к психическим перегрузкам, к определенным неблагоприятным, так называемым стрессовым[1] ситуациям, позволяют принимать правильные решения в трудных обстоятельствах и активно им следовать. При этом люди становятся более собранными, в их действиях появляется особая осторожность и четкость, стимулируются процессы мышления, ускоряются ответные реакции, улучшается память, концентрируется внимание. Благодаря психическому напряжению возрастает способность человека к преодолению препятствий и адаптации к новым условиям. «Защитный барьер» в этих случаях функционирует в полную силу.

Советский летчик-испытатель М. Л. Галлай говорит об этом так: «Нервное возбуждение, возникающее у нормального здорового человека в минуту опасности, не только вооружает его для того, чтобы выйти из самой острой ситуации победителем. Оно, кроме всего прочего, еще и облегчает

[1] Этот термин достаточно широко вошел в обиход не только в медицине, но и в обыденной жизни. Он был предложен впервые более 40 лет назад канадским профессором Гансом Селье, который под стрессом понимал общую совокупность адаптационно-защитных реакций организма на любое физическое или психическое травмирующее воздействие.

ему связанную с этим психологическую нагрузку, ибо сильно занятому, активно действующему человеку не до переживаний».

Летчик-космонавт СССР Г. Т. Береговой как бы продолжает эту мысль: «Мужество включает в себя готовность к риску, но не освобождает от сопутствующего чувства тревоги. И лишь знание, твердое прочное знание самой техники вместе с вытекающей отсюда уверенностью... ставят тем самым нравственную готовность к риску на прочный фундамент, заложенный в самом сознании».

В этих словах людей, чей личный героизм и мужество дают им право на анализ состояния психического напряжения, наглядно подтверждается: чем целеустремленнее человек, чем более физически и морально он подготовлен к испытаниям и чем большим опытом и запасом знаний обладает, тем скорее он выйдет победителем из любого сложного положения.

Важнейшее значение имеет индивидуальная «тренировка». Помните: «За одного битого двух небитых дают». Взрослые знают, как тяжело переживается горе потери близких, которое впервые обрушивается в юности или в молодости. Если же складывается так, что человеку приходится много раз видеть смерть, рано или поздно «срабатывает» защитная реакция, притупляющая эмоциональное потрясение. Стокгольмские психологи проделали следующий эксперимент. Группу специально не подготовленных здоровых людей пригласили участвовать в опытах на центрифуге с сильными гравитационными нагрузками. Заранее гарантировалось, что никаких опасных последствий не может быть. И все же необычность ситуации, предварительные тщательные медицинские обследования нервировали испытуемых. О возрастающем волнении, кроме прочего, свидетельствовало выделение адреналина в крови — это в известной мере объективный показатель «стрессовой» деятельности организма.

Каждый испытуемый прошел через шесть опытов, отделенных друг от друга недельным интервалом. Если перед первым помещением в центрифугу у всех было «предневротическое» стрессовое состояние (с поправкой на индивидуальные особенности характера и ряд других факторов), то по истечении времени эксперимент все меньше и меньше воспринимался как стресс. Соответственно и выделение адреналина перед шестым опытом практически не отличалось от нормы.

Точно так же, как и в этом эксперименте, различные жиз-

ненные ситуации, с которыми впервые сталкивается человек, всегда вызывают значительно большее напряжение и вероятную опасность развития невроза. Предварительная «проработка» своего поведения в случае возникновения стрессовых обстоятельств, получение исчерпывающих знаний, которые могут пригодиться для решения того или иного «трудного» вопроса, определенная тренировка эмоциональных реакций на неожиданные ситуации — вот путь не ухода от трудностей, пусть даже чрезвычайных, а их преодоления.

МЕЖДУ ЗДОРОВЬЕМ И БОЛЕЗНЬЮ

Устранив чрезвычайные обстоятельства или справившись с ними, человек возвращается к обычному уровню своей психической жизни. Если же истощаются «резервы» психической активности, может произойти «прорыв» адаптационного барьера, что ведет в конце концов к невротическим нарушениям.

Еще с середины XVII века наряду с психическими болезнями описывались случаи «простой нервности», «невропатии», «нервной кахексии» и т. д. Шотландец Келлен в 1776 году объединил все проявления повышенной нервности в «неврозы». Этим термином он обозначил расстройства «ощущений и движений, которые не сопровождаются лихорадкой и не зависят от местного поражения какого-либо определенного органа, а обусловлены общим страданием».

Последствия ослабления функциональной активности условного барьера психической адаптации в медицинской практике в настоящее время относят к числу так называемых пограничных форм нервно-психических расстройств. Этим подчеркивается их временность, известная легкость, возможность предупреждения у здоровых людей и быстрая ликвидация.

С одной стороны, они граничат с «нормальной» психической деятельностью, с другой — с ее «истинными» болезненными проявлениями, наблюдаемыми при шизофрении, эпилепсии и других психических заболеваниях.

Многие характерные для неврозов расстройства могут кратковременно возникать и у здоровых людей при переутомлении, недосыпании, тяжелых переживаниях. Однако достаточно им отдохнуть, выспаться, отвлечься от мучительных мыслей, как без всякого врачебного вмешательства все неприятные ощущения исчезают. При неврозах и разных по-

граничных нервно-психических отклонениях не бывает столь тяжелой симптоматики, как бред, галлюцинации, слабоумие и т. д.

Неврозы — это всегда реакция человека на неблагоприятную жизненную ситуацию. Причем имеются в виду не только формальные, непосредственно связанные во времени причины нервного срыва, но и постепенное «хроническое» их накопление. В этих случаях наблюдается нарастание противоречий между свойствами личности, ее внутренними возможностями и объективными внешними трудностями, которые нельзя рационально разрешить. Человек как бы лишен «степеней свободы» при выборе «пути реагирования» в условиях психотравмирующего воздействия. Переработка поступающей информации не соответствует ее скорости и количеству. Вследствие этого появляются многообразные картины нарушения упорядоченных коммуникационных отношений человека, выражающиеся в «неправильном» поведении. На этом основании некоторые исследователи называют невроз «болезнью, обусловленной действием информации».

В происхождении неврозов ведущая роль принадлежит психическим травмам. Они, как уже отмечалось, в первую очередь влияют на социально-психологическую основу адаптационного барьера. Но это не означает, что биологическая «база» остается полностью в стороне.

При психопатиях — второй группе болезненных расстройств, относящихся к пограничным состояниям,— наоборот, на первое место выходят расстройства биологической основы, когда она в каком-либо из своих звеньев недостаточно развита или повреждена преимущественно в раннем детстве. Это выражается, в частности, либо в чрезвычайно неустойчивом, либо в незначительно подвижном реагировании на окружающее.

В том случае, если социально-психологические особенности личности не корригируют и не компенсируют изъяны биологической основы адаптационного барьера, он функционирует на ослабленном уровне. В результате формируются черты характера и общий склад человека, которые резко отличают его от остальных. Постоянные раздражительность, упрямство, замкнутость, подозрительность, повышенная впечатлительность или другие проявления психопатии заставляют страдать и самого человека, и окружающих. Психопатия, по существу, обусловлена таким наследственно-конституциональным комплексом, который удерживает челове-

ка на грани психического здоровья и болезни. Неблагоприятные обстоятельства особенно легко могут вызывать именно у психопатических личностей длительное невротическое состояние, когда наряду с появлением болезненных симптомов заостряются (или, как иначе говорят, декомпенсируются) патологические черты характера.

Если возникновение и течение невроза ограничено во времени и почти всегда удается установить его начало, то психопатия лишена строгих рамок. Вся жизнь человека с психопатическими расстройствами представляет собой цепь обострений и послаблений (декомпенсации и компенсации) болезненных черт характера.

Небезынтересно познакомиться со следующим наблюдением.

Больная Л., 30 лет. Росла и развивалась в детские годы нормально. Отличалась ровным настроением, была ласковой, общительной. Хорошо училась в школе, вела общественную работу, среди подруг считалась «заводилой», настойчиво добивалась поставленных целей. В возрасте 15—16 лет несколько изменилась, стала возбудимой и обидчивой.

После окончания школы поступила в педагогический институт, занималась с интересом, много времени отдавала организаторской деятельности, которая требовала самостоятельности в решениях и поступках. Окружающие говорили, что у нее «неудобный», «несговорчивый» характер. По распределению была направлена в школу на Севере. Несмотря на трудности, сумела быстро наладить свою жизнь. Вскоре была назначена директором школы, которая под ее руководством сделалась одной из лучших в районе. Стремилась всегда быть справедливой в отношениях с подчиненными.

В возрасте 23 лет Л. вышла замуж. И сразу же постаралась занять в семье «командные позиции». Легко раздражалась, если муж не выполнял ее просьб, вела себя «жестко», что нередко приводило к перебранкам. После рождения ребенка в связи с увеличившимися заботами ссоры с мужем участились. Через три года супружества последовал развод. Разрыв восприняла как облегчение, оставалась деятельной, жизнерадостной.

Спустя год вторично вышла замуж. Уже потом узнала, что новый муж злоупотребляет алкоголем. Пыталась отучить его от пьянства, дома часто царила тяжелая атмосфера. Скрывала это от соседей и знакомых. Отправила дочку к своей матери в деревню, была уверена, что постепенно

все утрясется. На работе в школе оставалась активной и бодрой. Вскоре муж начал необоснованно обвинять ее в неверности, следил за каждым шагом. Она страдала, постоянно доказывала свою невиновность. Однажды, после очередного скандала, почувствовала себя одинокой и несчастной, долго плакала, не знала, как поступить.

В последующем в течение нескольких месяцев у Л. было пониженное настроение, почти постоянные головные боли, быстрое утомление и раздражительность, плохой сон. В этот период несколько раз отмечались своеобразные приступы удушья, она ощущала то озноб, то жар, покрывалась потом, казалось, что не хватает воздуха. Стала безразлично относиться к своим служебным обязанностям. Уговорила мужа уехать лечиться от алкоголизма, но это не повлияло на ее состояние. Часто получала от мужа письма, в которых он звал ее к себе. Оформила отпуск и отправилась в путь. Однако муж встретил ее равнодушно. Узнала, что у него есть связь на стороне. Тут же решила уехать к матери в деревню. Сев в самолет, почувствовала, что задыхается, «в горле был ком, что-то сдавливало», плакала, причитала, считала, что «вся жизнь рухнула». Ее сняли с самолета и доставили в медпункт, но вскоре сочли возможным отпустить домой к родственникам. В последующие два дня Л. была плаксива, подолгу сидела, не меняя позы и уставившись в одну точку, говорила, что ей все безразлично, ничто не волнует и не радует. Сама обратилась к дежурному психиатру и была направлена в больницу.

В отделении стремилась уединиться, с больными не разговаривала. Будучи приглашена во врачебный кабинет, охотно рассказывала о своем состоянии, считала себя нервнобольной, просила помочь. Говоря о том, что ее внутренний мир изменился, она потеряла в себе уверенность, «из волевого, сильного директора превратилась в слабенькую, раскисшую женщину», плакала навзрыд, покрывалась капельками пота, задыхалась, дрожала. При обращении к ней в приказном тоне несколько успокаивалась, извинялась за свое поведение — нервы «расшатаны до предела». Особенно возбуждалась, если разговор касался ее взаимоотношений с мужем, которого, несмотря ни на какие унижения, продолжала любить. Убеждена, что никто не может понять всей тяжести ее состояния, все, что ей советуют, она знает сама, но это «слишком наивно» в ее положении.

В первые дни пребывания в больнице настроение оставалось сниженным, отсутствовал аппетит. Л. перестала сле-

дить за своим внешним видом, в ответ на успокоительные слова иногда раздражалась, «свирепела», начинала метаться по отделению, причитать, плакать. В течение дня по нескольку раз возникали «приступы удушья», сходные с теми, что были при поступлении. По ночам спала очень мало, лежала в постели с открытыми глазами или, уткнувшись в подушку, заливалась слезами.

На четвертый день после начала лечения исчезла напряженность, значительно упорядочилось поведение, больная стала больше следить за собой. По ее словам, «на душе сделалось полегче», «улучшилось настроение», хотя она попрежнему не видела выхода из создавшейся жизненной ситуации. Наряду с этим сохранялся плохой сон, не менялись по своей интенсивности и «приступы удушья», которые наступали всякий раз после воспоминаний об оскорблениях со стороны мужа или о том, что ее личная трагедия теперь всем известна.

При продолжении лечения Л. ощутила «давно забытую внутреннюю уравновешенность», перестала задыхаться. Постепенно нормализовался сон, поведение полностью упорядочилось, начала выходить на прогулки. Написала письмо матери. Отметила, что она «наконец вновь обретает себя», может «без истерики» давать оценку всему случившемуся. Под влиянием лекарств и психотерапии оставалась спокойной, ровной, была убеждена, что сможет решить стоящие перед ней проблемы, вполне критически относилась к своему болезненному поведению. Приняла решение о разводе с мужем. На 26-й день выписалась из больницы. Через полгода сообщила в письме, что развелась с мужем, переехала на новое место, работает в школе. Настроение ровное, хотя временами и возвращается несвойственная ей ранее повышенная раздражительность.

В данном случае болезненный срыв определялся различными невротическими расстройствами, тесно связанными с экстремальной жизненной ситуацией.

В общей врачебной практике чаще всего встречаются неврозоподобные и психопатоподобные состояния, возникающие не только из-за травмирующего психического воздействия или врожденных нарушений механизмов нервной деятельности, как это бывает при неврозах и психопатиях, но и по другим причинам. К ним относятся, например, соматические заболевания — инфаркт миокарда, воспаление легких, грипп и др. Реакция заболевшего человека на болезнь и ее последствия, нарушение привычного образа жизни мо-

гут привести к неврозу. Однако при этом имеется недостаточность различных органов и систем, что независимо от переживаний больного перестраивает организм. На таком ослабленном фоне гораздо легче, чем у здоровых людей, появляются неврозоподобные расстройства.

Невротические, психопатические и сходные с ними нервно-психические состояния распространены больше всех иных психических заболеваний. Диапазон их выраженности различен. Вероятно, вообще сейчас нет человека, который хотя бы ненадолго не испытал невротических симптомов. При этом многие «не справляются с собой», попадают к терапевтам, невропатологам, врачам других специальностей и только при наиболее «оформившихся» симптомах — к психиатрам.

Чтобы понять, почему часты и многолики пограничные формы, следует обратить внимание на то, что у человека основные виды патологических проявлений психической деятельности весьма ограничены. Все они достаточно хорошо описаны современной психиатрией.

По схеме, предложенной рядом исследователей, потенциально возможные психические расстройства можно рассматривать в нескольких диапазонах, каждый из которых как бы наслаивается на другой. Таким образом, симптомы в самом узком диапазоне могут наблюдаться не только при определяемых им заболеваниях, но и при всех остальных психических нарушениях. В то же время симптомов, характерных для сравнительно широких диапазонов, на более узких не отмечается. Психические нарушения, ограниченные самым внутренним диапазоном, наименее специфичны и попадаются чаще. Именно этот диапазон «очерчивает» симптомы пограничных форм.

Они могут возникать остро, протекать хронически, иметь самостоятельное значение или лишь дополнять другие. Без них, по существу, не может проявиться никакое психическое заболевание. К числу таких симптомов относятся эмоциональная неустойчивость, тревога и страх, повышенная раздражительность и истощаемость при психических нагрузках, депрессия, навязчивые мысли и действия, бессонница, вегетативные дисфункции и некоторые другие.

ВИДЫ НЕРВНЫХ СРЫВОВ

В изолированном виде «пограничные» симптомы встречаются редко, что указывает, например, на причастность к их происхождению многих механизмов. Обычно они группируют-

ся и переплетаются самым причудливым образом, создавая различные клинические формы неврозов и психопатий.

По ведущим признакам к основным видам неврозов принято относить неврастению, истерию, психастению и навязчивые состояния. Эти же синдромы, как правило, определяют варианты психопатии, неврозоподобных и психопатоподобных расстройств.

Неврастения — это, выражаясь словами Бирда, первого ее исследователя, сказанными около ста лет назад, «легкая возбудимость и быстрая истощаемость нервных функций». Дословно этот термин означает «нервную слабость». Человек начинает замечать несвойственную ему прежде быструю утомляемость, потерю спокойствия и внутренней уравновешенности, затруднения при работе, требующей сосредоточенного внимания и усидчивости. Усталость и одновременное возбуждение лишают его четкости и свежести мысли, что необходимо для продуктивной и целенаправленной деятельности. Больного тянет в спасительный сон, который не наступает,— будоражащие воспоминания «отпугивают» его. Повышенная возбудимость и невозможность обуздать наступающее раздражение — вот основная характеристика неврастенического состояния.

У таких людей утрачивается пропорциональность между силой раздражителя (незначительная неприятность) и интенсивностью реакции и аффекта (выраженная «нервная» вспышка). Они ранимы, крайне чувствительны к обидам, не выдерживают сколько-нибудь горячих споров, плохо переносят яркий свет и шум. У некоторых из них (как и при других пограничных формах) появляется необоснованное беспокойство по поводу мнимого тяжелого и неизлечимого заболевания или уродства (ипохондрические расстройства). Это беспокойство часто сопровождается упорными жалобами на недомогание, боли, неприятные ощущения в различных частях тела (называемые врачами сенестопатиями).

Красочное описание ипохондрии у короля Христофора приводит Анатоль Франс в новелле «Рубашка»: «...она под действием врачебного ухода беспрестанно видоизменяется, облекаясь в самые странные, самые грозные формы: то это ястреб желудочной язвы, то — змей воспаления почек; то она внезапно явит желтый лик разлития желчи, то обнаружит румяные щеки чахотки, то судорожно вцепится в горло страшной дланью удушительницы, вызывая мысль о пере-

рождении сердца; она призрак всех болезней, угрожающих человеческому телу, пока она не поддастся воздействию медицины и, признав себя пораженной, не пустится в бегство, приняв свой истинный облик — обезьяны болезней».

Неврастеники осознают свою нервную «ущербность». Этим объясняются их неуверенность в себе, внутреннее напряжение и тревога. Иногда они жалуются на плохую память, однако проверка этого не подтверждает. Дело в том, что всякая концентрация внимания становится для них трудной и тягостной. Ослабление внимания ведет к рассеянности, которая, в свою очередь, способствует плохому запоминанию. Больные неврастенией обычно не выдерживают длительного напряжения. Для них характерно удачное интенсивное начало и быстрое падение продуктивности в работе.

На этом фоне, особенно при утомлении, случаются приступы гневных вспышек — самый броский, наиболее заметный для окружающих признак неврастении. Аффективные вспышки сами по себе непродолжительны, но их интенсивность и частота имеют тенденцию постепенно нарастать. В обстановке, где подобные эксцессы могут повредить больному, он сдерживается, но при общении с людьми, в какой-то мере от него зависящими, он как бы «разряжает» накопившееся внутреннее недовольство: начинает кричать, грубить, не слушать объяснений, в гневе может ударить. Остановить в этот момент приступ возбуждения очень трудно, но он быстро завершается полным бессилием — и физическим, и нравственным.

Как и при других видах неврозов, при неврастении расстраивается сон. Здоровый человек, ложась в кровать после рабочего дня, спокойно засыпает. Больным же овладевает множество мучительных мыслей. Сон у него не глубокий, беспокоят тревожные сновидения, ему не хочется утром вставать, он вял, плохо себя чувствует. В течение дня сонливость мешает нормально работать, однако к вечеру настроение выравнивается, появляется бодрость, и снова до половины ночи человек не может уснуть. Такой ритм сна объясняется тем, что тормозное состояние коры головного мозга долго не «рассеивается», так же как и возникшее возбуждение (из-за работы, выполняемой «через силу») сохраняется гораздо дольше, чем следует.

Почти постоянные спутники неврастении — головные боли. Наряду с этим отмечаются неприятные ощущения во внутренних органах, прежде всего в сердце, а также в желуд-

5 Заказ 1328

ке, кишечнике, печени. Происходит это потому, что раздражения, поступающие оттуда в нервную систему, не «затормаживаются» должным образом и непрестанно дают о себе знать.

Бодрый, веселый, жизнерадостный человек, заболевая неврастенией, становится унылым, малообщительным, мнительным, с характерной расслабленной походкой. Волнение и удрученность вызывают сердцебиение, частый пульс, дрожь, обильную потливость, головокружения, приступы удушья, учащенное или затрудненное дыхание, запоры, падение аппетита. Часто неврастения сопровождается различными нарушениями половой функции, что из-за мнительности больных порождает сильную тревогу и ухудшает общее самочувствие.

Основная причина развития неврастении — переутомление от непосильной работы, длительного умственного напряжения, нездоровых, «невысказанных» отношений между родными и близкими. Все это «давит» на психику человека.

Установлено, что вынужденная бездеятельность, в частности при ряде экспериментальных и тренировочных занятий, тоже приводит к невротическим реакциям. Это в полной мере подтверждает замечания ученых о том, что неврастенические расстройства могут быть обусловлены как чересчур сильным раздражителем, так и отсутствием раздражения.

С физиологической точки зрения неврастения определяется слабостью процессов внутреннего торможения или же ослаблением раздражительного процесса в центральной нервной системе. Заболевание может коснуться людей с различным типом нервной деятельности, чаще — со слабым типом, реже — с сильным. Протекает оно неровно, периодически наступает улучшение или ухудшение в зависимости от внешних условий, и только при правильной организации труда и отдыха, упорном лечении оно проходит, практически не оставляя следов.

Об истерическом неврозе говорят в тех случаях, когда чрезвычайная яркость представлений об окружающем, эмоциональная окраска переживаний преобладают над рассудочностью, нарушая тем самым соразмерность реагирования человека на жизненные события.

Людей с образно-эмоциональным мышлением И. П. Павлов причислял к «художественному» типу, что само по себе не является патологией, но у них легко развиваются болез-

ненные черты. Слишком бурно ко всему относясь, они подчеркивают свои симпатии и антипатии, эгоцентричны, капризны, крикливы, резки в движениях; если смеются, то долго, если плачут, то навзрыд. Обычно человек, страдающий истерическим неврозом, стремится привлечь внимание, изображает себя несчастным, обиженным или, наоборот, превозносит собственные заслуги. В его поведении превалирует искусственность, театральность, фальшивость, он как бы оправдывает придуманный им самим образ. Люди с таким складом характера успешно работают, могут быть дисциплинированными, даже вызывают симпатию и действительно становятся «центром общества».

Считается, что в случае невротического срыва и без того ослабленное влияние коры головного мозга на отделы, непосредственно «руководящие» эмоциями, снижается, в результате чего усиливается односторонность восприятия. При этом обостряются все черты истерического характера, усиливается нарочитость поступков больного.

П. Б. Ганнушкин писал, что в балансе психической жизни людей, подверженных истерии, первостепенную роль играют внешние впечатления, человек «не углублен в свои внутренние переживания (как это делает хотя бы психастеник), он ни на минуту не забывает происходящего кругом, но его реакция на окружающее является крайне своеобразной и прежде всего избирательной». Для него реальный мир «приобретает своеобразные, причудливые очертания; объективный критерий для него утрачен, и это часто дает повод окружающим обвинять истеричного в лучшем случае во лжи и притворстве». Истерическую личность отличает повышенная требовательность к окружающим, сочетающаяся с отсутствием требовательности к себе и недооценкой объективных реальных условий.

Истерию называли раньше «великой притворщицей», «великой симулянткой», имея в виду не преднамеренную симуляцию, а невольное, неосознанное подражание чему-то. Человек, страдающий истерией, легко поддается внушению и самовнушению и, по существу, не в состоянии отличить фантазию от действительности. Под влиянием сильных впечатлений некоторые мысленные образы, принимая патологическую яркость, превращаются у него в ощущения.

Проявления истерии удивительно многолики. Наиболее наглядно они выражаются в расстройствах движения. «Представит» себе больной, что у него не действует рука, и наступает, как говорят врачи, истерический паралич. От волне-

ния люди могут временно терять речь, слепнуть. У них расстраиваются различные функции — повышается температура, усиливается сердцебиение, пропадает аппетит, даже появляется рвота, причем без нарушения пищеварения, образуются кожные заболевания, утрачивается или ослабляется слух, осязание и обоняние, бывают судороги конечностей, летаргический сон, наконец, истерические припадки. Припадок, как правило, начинается после какой-нибудь неприятности с громкого плача, крика, хохота, сменяемых двигательным возбуждением и отдельными судорожными подергиваниями. Иногда больной во время припадка падает, у него резко напряжены мышцы, в редких случаях он лежит на спине, изогнув тело дугой. Такой припадок длится от нескольких до десятков минут.

Истерический паралич — также обычно ответ на какое-то переживание. Парализуется одна или обе (очень редко все) конечности. Значительно чаще развиваются контрактуры рук или ног: отдельные пальцы неподвижно застывают в неестественном, «странном» положении. Своеобразны и такие «варианты»: в постели человек активно выполняет все движения, становясь же на ноги, падает «как подкошенный». Это типичная для истерии тенденция больных не преодолевать возникшее у них нарушение (например, «паралич»), а даже подчеркивать его. Обычно они противятся попытке врача согнуть или разогнуть, скажем, их «парализованную» ногу.

Двигательные расстройства при этом принципиально отличаются от внешне сходных нарушений, свойственных органическим заболеваниям нервной системы (при травмах головы, кровоизлияниях в мозг и т. п.). Прежде всего они не так постоянны и неизменны, с некоторыми исключениями исчезают во время сна и обостряются под давлением психотравмирующих обстоятельств. На высоте истерического припадка у больного сужается сознание и резко падает внимание, что в ряде случаев ведет к кратковременной потере памяти.

К характерной «модели» истерии относят поведение грудных детей, когда они «закатываются в плаче», выгибаются дугой в руках матери. В этом отражается истерическое примитивное реагирование, лишенное влияния еще не созревшего сознания. По мере развития у человека духовного мира, формирования сознания, приобретения знаний, появления социально-психологической оценки окружающего детский «примитивизм» может уступать место сложным, запутан-

ным реакциям, нередко искусно «завуалированным» под то или иное болезненное состояние.

В основе физиологических процессов, обусловливающих истерические нарушения, лежат изменения взаимоотношений сигнальных систем — ведущее место начинает занимать первая, а вторая ослабевает. При этом так же, как и при неврастении, наблюдается изменение динамики процессов возбуждения и торможения в разных участках коры головного мозга и подкорковых образований.

Истерия может начаться в детстве, но чаще болезнь дает себя знать в юношеские годы. Протекает она различно, в зависимости от индивидуальных особенностей организма: у некоторых все симптомы проходят с наступлением периода половой зрелости, а у других сохраняются на долгие годы. При неблагоприятных жизненных ситуациях они обычно усиливаются, если же нет травмирующих обстоятельств, а также благодаря лечению, «отступают» и практически не мешают человеку жить и работать.

Психастения означает в переводе с греческого «душевную слабость» (в отличие от неврастении — «нервной слабости»). Эта болезнь развивается преимущественно у людей с «мыслительным» типом психической деятельности. О ее механизмах и проявлениях И. П. Павлов писал: «Масса раздражителей, действующих на нас через первую сигнальную систему, определяет наше поведение благодаря образованию массы условных рефлексов для разговора, манер и пр. Если же «берет верх» вторая сигнальная система, то она может тормозить выработанные условные рефлексы, отсюда нерешительность, неумение свободно держаться, чувство неестественности своего поведения. И из этого вытекает сплошная неприспособленность к жизни, вечные сомнения».

Эти особенности определяют клиническую картину болезни. Люди жалуются на то, что окружающее воспринимается ими «как во сне», собственные действия, решения, поступки кажутся недостаточно ясными и точными. Отсюда — постоянная склонность к сомнениям, нерешительность, неуверенность, тревожно-мнительное настроение, робость, повышенная застенчивость. Раньше психастению называли «помешательством сомнения». Вследствие этого человек часто стремится переделывать только что законченное дело, тяготится собственной неполноценностью. Ему еще только возможная опасность или неприятность не менее, а может быть, и более страшны, чем существующие.

Больные этим видом невротических расстройств часто предаются всевозможным размышлениям отвлеченного характера, мысленно, в мечтах способны пережить многое, но от участия в реальной действительности всячески стараются уклониться. Описано так называемое «профессиональное безволие» (абулия) — на работе при выполнении своих непосредственных обязанностей человек теряется и практически ни на что не способен.

Нередко психастения сопровождается ипохондрическими и навязчивыми явлениями. Больные стремятся рифмовать слова, считать окружающие предметы (например, один из них постоянно испытывал желание считать окна в домах, другой — запоминать расписание поездов, третий — номера автомобилей, проезжавших по переулку, где он жил). Переутомляясь, некоторые совершенно здоровые люди жалуются на всякие навязчивые желания, исчезающие после отдыха. Это указывает на близость механизмов таких состояний в норме и патологии.

Психастенические черты характера, как и многие другие невротические нарушения, могут проявиться уже в молодом возрасте. Однако отдельные и не ярко выраженные признаки еще не дают основания говорить о психастении как о болезни. Если же они при психических травмах нарастают, усложняются, становятся главенствующими, то это уже не своеобразие характера, а болезненное невротическое расстройство.

Физиологи считают, что первопричина психастении — снижение функциональной активности первой сигнальной системы и относительное преобладание второй. Так же как и истерия, психастения — невроз «чисто человеческий», создать его модель у экспериментальных животных нельзя.

Психастенические расстройства во время болезни обычно не постоянны, и вначале человек справляется с ними сам. Если же провоцирующие условия сохраняются и усиливаются, а систематического лечения нет, заболевание может нарастать.

Особая форма невротических расстройств — н а в я з ч и в ы е   с о с т о я н и я. Они встречаются и при неврастении, и при психастении, однако в ряде случаев вполне «самостоятельны». Их отличительные свойства — мысли, воспоминания, страхи, желания, нелепость и нереальность которых больные понимают, но избавиться, «отвязаться» от них не могут.

Наиболее часто психиатрам приходится наблюдать навязчивые страхи (фобии), когда люди боятся смерти от какой-либо определенной причины, темноты, закрытых пространств (например, театрального зала, из-за чего не посещают театр), острых предметов (которыми они будто бы могут нанести себе порезы), рукопожатия или прикосновения к дверям («чтобы не заразиться»), покраснения лица и т. д. Естественное в какой-то реальной ситуации и тогда вполне целесообразное чувство опасения становится совершенно неправомерным.

У многих больных навязчивые состояния разрастаются на почве действительно имеющих место, но значительно преувеличенных опасностей. Скажем, после смерти близкого родственника от злокачественной опухоли человек начинает выискивать и у себя аналогичные признаки. Страхи накладывают свой отпечаток на все поведение больных, которое порой вызывает насмешки окружающих, особенно если они совершают так называемые защитные ритуалы. Странно видеть человека, который, чтобы «нечаянно не выброситься из окна», спит в коридоре, где нет окон, а двери в другие комнаты запирает на ключ. Или, поднимаясь по лестнице, «чтобы не упасть и не сломать ногу», через каждые три ступеньки останавливается и два раза подпрыгивает на одной ноге. Страх заболеть, например, раком побуждает людей ходить от врача к врачу и, не веря, что у них ничего нет, настоятельно просить сделать им операцию. К особому виду фобий относятся навязчивые опасения, связанные с профессией. Так, у актеров иногда развивается страх, что на сцене они «забудут текст роли», «упадут в оркестровую яму». Попытки преодолеть эти состояния обычно вызывают различные вегетативные нарушения: одышку, обильную потливость, расширение зрачков, бледность или покраснение лица и пр.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ НЕПОВТОРИМОСТИ НЕВРОЗОВ

Значение пограничных состояний в медицине не исчерпывается только тем, что они занимают важное место среди нервно-психических нарушений. Они имеют непосредственное отношение к формированию и обострению многих заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных, кожных. Одно время было принято говорить о неврозах

органов, например, «невроз сердца», «сосудистый невроз». Понимание невротических срывов как болезни целостного организма человека и учет социальных факторов в их возникновении позволяют в наши дни отказаться от этих понятий. Дело в том, что разного рода конфликтные ситуации вызывают ответные эмоциональные реакции. Внешний «облик» этих реакций общеизвестен — раздражение, депрессия и т. д. Однако всякое переживание, как уже отмечалось выше, помимо внешних изменений (некоторые люди достаточно искусно умеют их скрывать), оказывает непосредственное влияние на внутренние органы — ритм сердечных сокращений, частоту и глубину дыхания, работу пищевода, желудка, кишечника, эндокринных желез. В результате меняются их функциональные возможности и неврозы порождают так называемые нейрогенные заболевания.

Течение и проявление пограничных форм нервно-психических расстройств очень своеобразно и во многом зависит от возраста больного. Это объясняется тем, что на этапах своего индивидуального развития человек в различной степени восприимчив к воздействию природных и социальных факторов. В соответствии с классификацией Всемирной Организации Здравоохранения, принятой в 1963 году, взрослых подразделяют на следующие группы: 18—30 лет — молодой возраст, 31—59 — зрелый, 60—74 — предстарческий (пожилой), 75—89 — старческий, 90 лет и старше — престарелый (долгожители). Принято считать, что если своеобразие характера и темперамента проявляется уже к 6—7 годам жизни, то процесс формирования личности в основном завершается в молодом возрасте. В этот период потребности человека, а следовательно, и целенаправленность его поведения приобретают личностный смысл, вырабатываются осознанные, общественно значимые и ценностные мотивы поступков. Иначе говоря, к началу молодого возраста человек становится активным членом общества, сам планирует свое поведение и несет за него ответ.

Зрелому взрослому присущи высокий самоконтроль, стремление к перепроверке получаемых сведений, их объективизации, что как бы «снимает» детскую непосредственность в восприятии окружающего и выражении собственных эмоций. Благодаря этому складывается «взрослый» стиль жизни.

Неврозы и другие пограничные состояния возникают и обостряются чаще всего в те периоды, которые сопровождаются наибольшими физическими (в первую очередь эндо-

кринными) и социально-эволюционными изменениями: это детство и юность, когда созревает и формируется организм, и старость, когда увядание физических сил зачастую влечет за собой резкие перемены в социальном положении человека.

Возрастные особенности накладывают свой отпечаток на различные психопатологические проявления, наблюдаемые не только при неврозах, но и при других психических заболеваниях. Примером тут может быть отношение к смерти. Страха перед ней и вообще мыслей о конце жизни в детстве практически нет. Даже у детей с психическими расстройствами это крайне редкий повод для болезненных переживаний. В юношеские годы и в среднем возрасте страх смерти возникает гораздо чаще. Причем беспокоит человека обычно психологически объяснимая невозможность осуществления намеченных планов, гиперболизированные опасения краха его семейных, общественных взаимоотношений. (В основном речь идет о депрессии.) Что касается пожилого возраста, то при отсутствии психической патологии, несмотря на то что мысли о смерти то и дело приходят в голову, ужаса у людей они не вызывают. Недаром в конце жизни без всякой паники, а иногда даже никого не ставя в известность, составляют завещания, разумно и рационально распоряжаясь своим имуществом.

Причины детской нервности обусловливаются, как и у взрослых, нервным перенапряжением. Это бывает связано с неправильным воспитанием, отсутствием режима, с неспокойной обстановкой в семье, ссорами родных и близких, холодностью со стороны родителей. В школьные годы к перенапряжению приводят трудности в учении, конфликты в классе, перегрузка занятиями (в музыкальной, художественной и других школах), не увлекающими ребенка, и т. д. В детском возрасте еще нет гармонии в организме, недостаточно очерчены свойственные взрослым особенности характера, отсутствует жизненный опыт и запас знаний. Специальными исследованиями установлено, что в первые годы жизни у ребенка в центральной нервной системе преобладают процессы внешнего торможения и лишь с его ростом постепенно начинает нарастать активность процессов внутреннего торможения. К тому же у детей четко не разграничена деятельность первой и второй сигнальных систем. В связи с этим варианты повышенной нервности у них не столь разнообразны и дифференцированы.

Они выражаются в постоянном беспокойстве, крикли-

вости, пугливости, дрожании, бурной реакции на раздражение, быстрой утомляемости. Нервные дети жалуются на головную боль, неприятные ощущения в тех или иных органах, и родители водят их по врачам. Многие с трудом засыпают и медленно пробуждаются, сон неглубокий, с устрашающими сновидениями, вызывающими крик и плач.

К признакам невроза у детей относится также быстрая смена цвета лица — покраснение или бледность, потливость, учащенные позывы на дефекацию и мочеиспускание. Навязчивые состояния ведут к формированию вредных привычек, таких, как потребность раскачиваться, сидя на стуле, сосать палец и др. Могут быть и истерические припадки, и параличи.

В подростковом возрасте невротические нарушения начинаются с непоседливости, угрюмости, периодов раздражительности и быстро перерастают в бессмысленное упрямство, нелепое противодействие всякому разумному совету, заносчивость и самоуверенность, сменяемые вспышками отчаяния.

Малейшие намеки на невроз у ребенка должны заставить родителей внимательно пересмотреть весь образ его жизни — может быть, он мало спит, излишне перегружен занятиями или его тяготит что-то, о чем он хочет, но не решается рассказать; семейные неурядицы.

Важно отметить, что, казалось бы, исчезнувшие признаки неврозов в дальнейшем, попав на «благоприятную почву», могут вновь дать о себе знать.

В старости, по данным клинико-статистического анализа, число больных с невротическими расстройствами несколько падает, но выглядят эти нарушения уже по-особому. У одного проявляется брюзжание, у другого — благодушие, у третьего — несправедливая требовательность и «желчность»... Эти и другие «новые», несвойственные ранее черты укрепляются несмотря на то, что у пожилых людей в основном сглаживаются некоторые «угловатые» черты характера. Прежде всего потому, что к старости человек обычно наполнен богатым опытом, мудростью и достоинством. Наряду с этим нередко превалирует ретроспективная оценка попусту истраченных и невозобновимых сил, осознание крушения прежних идеалов и планов. Социальные конфликты стариков в большей мере объясняются еще и тем, что, как указывал П. Б. Ганнушкин, они склонны застывать на приобретенном в более молодые годы запасе идей, неспособны к восприятию нового и оригинального, вносимого в жизнь юным поколе-

нием. Это приводит к своеобразным невротическим и психопатическим расстройствам. Среди них односторонность аффективности (постоянная приподнятость или, наоборот, угнетенность настроения), грубый эгоизм, душевная черствость, патологическая скупость, сужение интересов к окружающему и сосредоточенность на своем здоровье. Обычно такие явления сочетаются с увяданием организма, ослаблением жизненной «силы», энергии, изменением памяти, препятствующими органичному усвоению нового. Невротические и психопатические отклонения в старческом возрасте наблюдаются, как правило, на фоне общих заболеваний, что также придает им свою специфику.

ЧЕЛОВЕК НЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ НЕРВНЫМ

В происхождении пограничных форм нервно-психических расстройств (в первую очередь неврозов), как уже отмечалось, социальные факторы, взаимоотношения людей играют несравненно большую роль, чем при всех других заболеваниях. Диапазон переживаний, приводящий к невротическим расстройствам, очень широк и во многом отличается у разных людей. В значительной мере он зависит как от идейной направленности личности, так и от условий ее конкретного существования. Это всегда следует учитывать, говоря о мерах профилактики невротических срывов. С одной стороны, важно создание благоприятных условий и правильного ритма жизни, предупреждающих перенапряжение нервной системы, с другой — воспитание человека сильного духом, умеющего не теряться в сложных положениях.

Лауреат Нобелевской премии Альберт Швейцер в своей знаменитой книге «Культура и этика» причину перенапряжения людей, приводящую в капиталистическом мире к увеличению числа больных неврозами, связывает с их подневольным существованием. Он пишет: «В течение двух или трех поколений многие индивиды живут только как рабочая сила, а не как люди. То, что вообще может быть сказано о духовном и нравственном значении труда, на их труд уже не распространяется. Ставшая обычной сверхзанятость человека во всех слоях общества ведет к умиранию в нем духовного начала... Не познания и развития ищет он, а развлечения — и притом такого, какое требует минимального духовного напряжения...». Это, по мнению Швейцера, порождает «несвободное состояние и разобщенность» людей, что и объяс-

няет пополнение рядов лиц с невротическими расстройствами.

Сотрудник университета Джона Гопкинса в США доктор социологии Гарви Бреннер несколько лет назад провел исследование, в котором прослеживается достаточно четкая связь между спадами и подъемами американской экономики и заболеваемостью психическими болезнями. По его данным, во время экономической депрессии в 1949—1950 годах количество психически больных в США возросло на 150—200 процентов. Относительно небольшие экономические спады 1960 и 1964 годов дали иные цифры — соответственно 50—100 и 50—75 процентов. Причем увеличивалась в первую очередь группа пограничных состояний. Доктор Бреннер совершенно справедливо обращает внимание на специфику взаимоотношений между американцами. В частности, он отмечает, что после второй мировой войны его сограждане все больше ориентируются на деньги и склонны оценивать самих себя и свою жизнь уровнем дохода. Отсюда приобретательство и стойкая стрессовая ситуация жестокой конкуренции. Результат экономических спадов подводит к неизбежному финалу — невротическим срывам — многих людей, которых захватывает кризисная ситуация. Эти люди, пишет Бреннер, винят самих себя. Они думают, что есть у них какие-то слабости и поэтому их выгоняют или увольняют с работы, хотя в большинстве случаев они — лишь невинные жертвы общества капитала. И относится это не только к низкооплачиваемым и малоквалифицированным рабочим и служащим. Данные Бреннера свидетельствуют о том, что чем больше американец преуспел, включившись в систему погони за долларом, тем больше у него шансов «свихнуться» в случае неблагоприятных перемен. По статистическим подсчетам оказалось, что психические заболевания возникают пропорционально выше в периоды экономических потрясений у достаточно состоятельных людей, которым «есть что терять», которые в большей мере всей своей жизнью реализуют буржуазную частнособственническую мораль и при неудаче ломаются под ее же гнетом.

Современная психиатрия, как чуткий барометр, фиксирует последствия существующих при капитализме неимоверной интенсификации труда, конкурентной борьбы, потери идеалов, роста безработицы и преступности, которые обусловливают постоянное эмоциональное перенапряжение, делают неврозы жизненной нормой широкого круга населения. В немалой степени этому способствует и ощущение безысход-

ности, нагнетаемое в атмосфере «психологической войны», милитаризации, угрозы ядерной катастрофы. Страх от сознания того, что над каждым человеком и всем человечеством в целом занесен дамоклов меч, усугубляет эмоциональную неустойчивость, парализует волю. Вместо активного противоборства войне люди ударяются в панику, или их охватывает безразлично-наплевательское отношение к себе и будущему. Не удивительно, что психиатрия получает новые контингенты больных...

Следует со всей определенностью подчеркнуть, что социалистическое общество неизменно стоит на страже здоровья трудящихся, оберегая и их нормальное душевное состояние. Взаимоотношения между людьми на основе реального гуманизма, воспитание у них высокого уровня гражданского сознания, идейной убежденности наряду с отсутствием жестокой и всепоглощающей эксплуатации, соблюдением правопорядка, заботой государства о нуждах трудящихся, их общей культуре — все это создает стойкий «психопрофилактический климат». Тем самым осуществляется самая действенная социальная профилактика повышенной нервности. Это способствует снижению в СССР числа больных неврозами по сравнению с крупнейшими капиталистическими державами.

К социальным причинам невротических нарушений, достаточно наглядно видимым современным психиатрам разных стран, относится обостренное «стремление выдвинуться как на работе, так и в обществе»[1]. В принципе понятия о карьере и карьеризме не противоречат представлениям о нравственности и являются своеобразным «законом профессии». Однако в ряде случаев такие устремления приобретают самодовлеющее для человека значение, заставляя его пренебрегать моральными и этическими нормами поведения. В свою очередь, это возлагает и на самого «стремящегося наверх», и на окружающих непосильную нагрузку, приводящую к невротическим расстройствам. Особенно выраженными они бывают при крушении карьеристских планов.

В какой-то мере здесь правомерна аналогия с потоком автомобилей на широкой городской улице, мчащихся в одном направлении в параллельных рядах. Вперед чуть-чуть вырывается то одна машина, то другая. Они идут почти на одинаково допустимой скорости. Но вот, в нарушение правил, кто-

---

[1] Глязер Г. О мышлении в медицине. М., 1969, с. 154.

то из водителей решил обогнать остальных. Он набирает темп, может быть, даже «подрезает» путь другим. Иногда это ему сходит с рук. Милиция не замечает. Теперь он — лидер, он — впереди. В напряжении он выжимает из своей машины все резервы: надо поддерживать развитую скорость, иначе догонят и обойдут. И когда длительное напряжение превышает известный предел — катастрофа. То ли ломается машина, то ли происходит авария, то ли не выдерживает сам водитель. Жизнь, конечно, не езда на машине, но и у нее есть правила обуздания безосновательно вырвавшихся вперед лихачей...

Способствуют развитию неврозов и ситуации, когда производственные обязанности того или иного человека не соответствуют его интересам, структуре индивидуальных способностей, физическому развитию. Долго накапливаемые «про себя» отрицательные эмоции могут привести к невротическим нарушениям. Они же провоцируются необходимостью одновременно заниматься несколькими разными делами: не успев сосредоточиться на одном, человек вынужден переключаться на другое; сбивается ритм, ломается упорядоченность поиска и анализа информации, нет удовлетворения, поскольку не удается завершить начатое, приходится чересчур часто переориентироваться и приспосабливаться к новым условиям. Это гораздо скорее способствует возникновению неврозов, чем напряженная, но целенаправленная одноплановая работа.

Среди «непроизводственных», так сказать, личных причин здесь «лидируют» переживания по поводу гибели близких, любовных конфликтов, супружеских измен, внутрисемейных разногласий, а также злоупотребления алкоголем кого-либо из членов семьи.

Так как же уберечься от ослабления и прорыва барьера психической адаптации? Закрыть поплотней дверь, забаррикадироваться от всех жизненных сложностей? Уйти от контактов с людьми, постараться избавиться от каких бы то ни было проблем? Но зачем тогда жить! Куда тратить свои душевные силы, свои способности, свою одаренность? Счастье и смысл жизни зависят от понимания и служения общественно полезному долгу, поставленной цели. И чем выше и нравственней идея, защищаемая человеком, тем увереннней идет он по жизни. Она возвышает, помогает не так близко «принимать к сердцу» неизбежные затруднения, преодолевать их, не вступая в конфликт с «внутренней совестью» и не становясь «невротиком».

Первое существенное звено в профилактике повышенной нервности — правильное воспитание детей. Нередко доводится слышать от молодых родителей о своем ребенке: «Что ж его воспитывать, он ведь ничего еще не понимает? Вот подрастет, тогда мы и займемся его характером!» Но с этим «тогда» можно опоздать.

Будущий ребенок, развиваясь в организме матери, не изолирован от внешнего мира, а в известной мере «слушает» его, приспосабливается и готовится к активной жизни. Природа снабжает его огромной жизненной «силой» и физической выносливостью, без чего он не смог бы родиться и существовать. Этому способствует, в частности, то, что еще у формируемого младенца уже имеется достаточно хорошо функционирующий вестибулярный аппарат, «настроенный» на движение матери. Та выходит на прогулки, быстро или медленно двигается, переворачивается в постели, а вестибулярный аппарат плода передает соответствующие нервные импульсы в свой собственный (хотя и только строящийся) головной мозг. Точно такая же связь у младенца в утробном периоде с окружающими мать звуками, силой ее голоса и т. д.

Условные рефлексы у детей начинают вырабатываться уже на второй неделе жизни, а в 3—5 месяцев образуются рефлексы на зрительные и слуховые раздражения. Индивидуальность, то есть характерные черты поведения ребенка, устанавливается в 2—3 года. Именно в это время, по образному выражению одного из психиатров, родители принимаются отягощать детей своим воспитанием.

Особое внимание надо обращать на систематическое привлечение детей к посильным занятиям и приучать преодолевать трудности, а не заботливо устранять их, как это часто бывает. Недопустимо, чтобы плач или крик ребенка служили поводом к удовлетворению всех его капризов. Такое «воспитание», кроме эгоизма, избалованности ничего не принесет. У человека сложится слабый тип нервной системы. Не приученный с детских лет трудиться, привыкший, чтобы все его желания выполнялись, он, сталкиваясь с жизненными коллизиями, с необходимостью систематически учиться или работать, испытывает определенную нервную «сшибку», ведущую к невротическим проявлениям.

Взрослым людям хорошо известна способность детей к подражанию, поэтому очень важен личный пример родителей. Нездоровая обстановка в семье создает постоянное напряжение. Так называемые «семейные» и «кухонные» скандалы, возникающие обычно из-за мелочей, расхождения во

взглядах между супругами и кем-либо из родителей мужа или жены, вместе с которыми они живут, нежелание кого-то одного поступиться своими «правами» — все это держит «на взводе» всех домочадцев. Длительность подобных травмирующих моментов, невысказанность обид тяжело отражается на детях. Если ребенок непосредственно наблюдает ссоры, ругань, пьянство, он вольно или невольно их копирует, в результате складывается неуравновешенный характер, прививаются дурные привычки.

Бытующие в некоторых семьях такие «методы» воспитания, как телесные наказания, запугивание, назойливое повторение замечаний, в конечном счете озлобляют ребенка; он постоянно подвержен страху перед наказанием, не уверен в себе. Это тоже причина для неврастении и психастении.

Надо помнить и о том, что некоторые формы неврозов обусловлены ранним половым созреванием детей. К этому ведут, в частности, слишком частые и неумеренные ласки, общая с другими членами семьи постель, условия, позволяющие наблюдать интимную жизнь родителей.

Ребенок с раннего возраста должен учиться правильному взаимоотношению с детским коллективом. Чувства уважения, товарищества, доброты воспитываются уже при первом общении со сверстниками. Если, например, все время напоминать: «Это твоя игрушка, не смей ее никому давать» или: «Ешь конфеты сам, не вздумай угощать товарищей, у них есть свои», то это, естественно, рождает у ребенка эгоистические черты. Когда такой ребенок подрастает и начинает понимать, как важно бывает в жизни делиться не только конфетами, но и последним куском хлеба, у него может возникнуть «внутренний конфликт», от которого рукой подать до невроза.

Многие по опыту знают, как трудно удержать в руках контроль за подростками. Непременно нужно говорить им правду, всячески поддерживать романтические порывы, стремление быть принципиальными, защищать справедливость. Ведь любое разочарование, воспринимаемое в этом возрасте, легко может привести к нервному срыву. Тут еще необходимо учитывать, что, по общему признанию, в течение последних десятилетий наблюдаются явления акселерации — ускорение развития подростков. Они становятся более здоровыми и крепкими. Вместе с тем у части молодежи существует определенный разрыв между физическим и умственным развитием. И прежде всего, по-видимому, «отстает»

социальная зрелость. Это, по мнению некоторых исследователей, влечет за собой учащение конфликтных ситуаций и в итоге — невротических состояний.

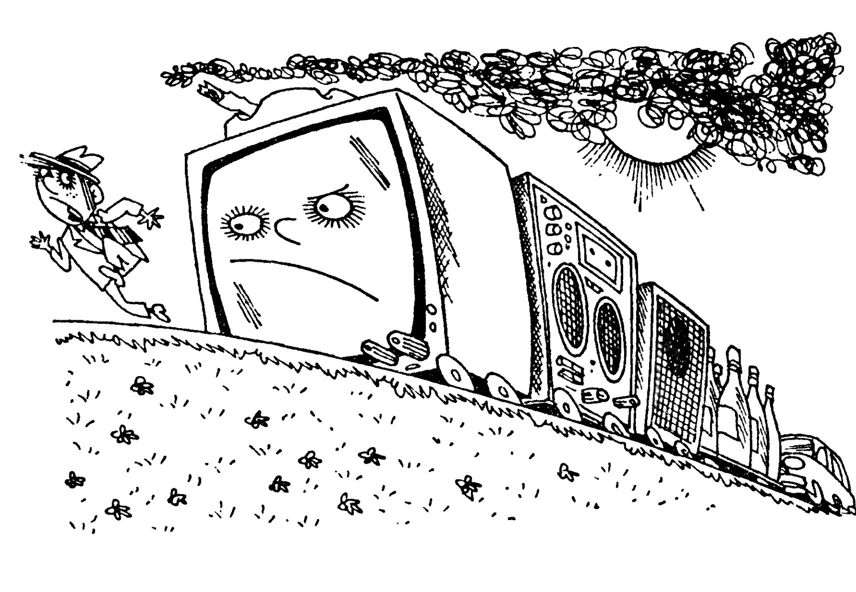
К числу полезных привычек, которые надо заложить с детства, относится правильная организация труда и отдыха. И детям, и взрослым рекомендуется ежедневно вставать и ложиться спать в одно и то же время, утром заниматься зарядкой и водными процедурами, плотно завтракать и не торопясь, спокойно идти на работу или на учебу. Наиболее утомительные и сложные дела лучше выполнять в первую половину дня, как говорят, «на свежую голову»; работу, особенно сидячую, периодически прерывать хотя бы несколькими физическими упражнениями. В течение дня — обязательно пообедать или второй раз плотно позавтракать. Интервал между едой не должен превышать 4—4,5 часа. После окончания работы желательно совершить прогулку, а детям — поиграть в спортивные игры; потом останется время на хозяйственные заботы, чтение, посещение знакомых, приготовление уроков. Ужинать следует не позднее чем за 2—3 часа до сна. Все эти на первый взгляд банальные советы могут предотвратить многие нервные срывы и оказаться полезнее большинства самых новейших медикаментов.

Случайная неудача при попытке совершить половой акт, вызванная недостаточной сексуальной подготовкой и «раскованностью» в интимных взаимоотношениях, неподходящей обстановкой, переутомлением и другими причинами, порой «подогревает» чувство собственной неполноценности. Неуверенность, ожидание этой неудачи, особенно если такое состояние поддерживается одним из супругов, может в дальнейшем закрепить половую слабость. И наоборот, тактичное, разумное поведение помогает избавиться от нее. Неврозы возникают и в случаях часто повторяющихся незавершенных из-за боязни зачатия половых актов, порождающих ощущение неудовлетворенности. К числу факторов, истощающих нервную систему, относится также беспорядочная половая жизнь.

Итак, неправильное воспитание и жизненная ориентация, непосильная нагрузка, различные конфликтные ситуации, включая семейные и производственные неурядицы, невысказанные взаимные претензии, нежелание побороть свои эгоистические тенденции во имя интересов других служат основой «невротической обстановки», чреватой возникновением неврозов, формированием и обострением болезненных черт характера. Именно столкновение стремлений, желаний

и вкусов людей часто по мелочному поводу является, как правило, главным компонентом в социально-психологическом механизме, приводящем к невротическим расстройствам.

Человек не может быть одинаково добр со всеми, всем «удобен». Но если бы мы постоянно помнили о непрочности нашего душевного равновесия, об обязательном доброжелательном и внимательном отношении к окружающим, о возможности предвидеть их переживания и действия, порождаемые случайной обидой или несдержанностью, то наверняка было бы меньше случаев, вынуждающих обращаться за помощью к психиатру.



Глава 6

СИМПТОМ — СИНДРОМ — БОЛЕЗНЬ

СЛАГАЕМЫЕ БОЛЕЗНИ

Психические заболевания «узнаются» по расстройству восприятия, мышления, эмоциональных и аффективных реакций, судорожным припадкам и некоторым другим, как явным, так и не очень бросающимся в глаза нарушениям. Однако появление у человека отдельных симптомов еще не свидетельствует о болезненной патологии. Это лишь «кирпичики», из которых она может сложиться.

Немецкий психиатр В. Гризенгер еще в конце прошлого века подчеркивал, что «существенный процесс сумасшествия, составляющий действительно болезненное состояние, заключается главным образом в том, что известные настроения, чувства, волнения, суждения, решения возникают изнутри вследствие болезни душевного органа, тогда как в здоровом состоянии (и при большинстве пограничных форм нервно-психических расстройств.— *Ю. А.*) наши волнения, решения вызываются только достаточными внешними побуждениями и потому находятся всегда в некоторой связи с внешним миром».

Выше мы уже останавливались на том, что любое восприя-

тие невозможно без органов чувств. Первая ступенька при этом — ощущение, благодаря которому человек судит об отдельных свойствах и каких-то качественных сторонах предмета, например, говорит, что камень тяжелый, вода холодная, лимон кислый и т. д. Совокупность нескольких ощущений позволяет определить предмет в целом. В течение сознательной жизни каждый из нас постоянно последовательно вбирает что-то из окружающего. Значительная часть из этого «что-то» остается в памяти в виде представлений.

У психически здорового человека восприятие вызывается только реально существующими причинами. Болезненные изменения извращают анализ поступающей информации или вообще сводят ее на нет. Прямое следствие этого — искаженное узнавание предмета или явления. Скажем, в шуме дождя человеку слышатся разговоры, висящее на вешалке пальто становится похожим на спрятавшегося злоумышленника и т. д. Это то, что врачи называют иллюзией.

Само по себе иллюзорное восприятие может встречаться у вполне здоровых людей при утомлении, страхе, плохой освещенности и пр. У психически больных иллюзии обычно сопровождают целый комплекс переживаний. Если больной постоянно думает о том, что за ним следят, он видит в электрической лампочке направленный на него аппарат, излучающий специальные «проникающие» лучи, стетоскоп в кармане докторского халата принимает за пистолет и т. п.

Другое широко распространенное расстройство восприятия — галлюцинации, особые обманы чувств. Ничего вокруг нет, а человек что-то видит, слышит, чувствует. Все дело в том, что в силу действующих болезненных механизмов оживляются имеющиеся уже в памяти представления и вновь принимают свойства восприятия. Вот какое, не потерявшее своего значения и в наше время, достаточно четкое определение галлюцинации дал еще более ста лет назад выдающийся французский психиатр Эскироль: «В состоянии галлюцинации находится тот, кто имеет внутреннее убеждение, что он воспринимает в данную минуту ощущение, тогда как в пределах досягаемости его органов чувств нет никакого внешнего предмета, способного возбудить это ощущение». Галлюцинации — чаще всего зрительные и слуховые — появляются у больного помимо его воли, он не может их контролировать или изменять.

По своему содержанию галлюцинации могут быть очень простыми, как говорят, элементарными, когда человек «слы-

шит» стуки, шорохи, звонки, и очень сложными, когда он «слышит» уже целые разговоры, «видит» людей, зверей, различные события, которые буквально захватывают все его внимание. Он «живет» ими, волнуется, испытывает страх, радуется и огорчается по поводу «виденного» и «слышанного». О тяжести переживаний галлюцинирующих больных в известной мере дает представление то, что некоторые из них изображают на своих рисунках.

Нередко при психических заболеваниях наблюдаются расстройства мышления, которые различают в зависимости от его качества — темпа, стройности, целенаправленности и, наконец, тематики.

Например, при ускоренном мышлении бывает так называемая «скачка идей»: больной очень быстро перескакивает с одного суждения, не додумав его, на другое. При этом его мысли не лишены направленности, но сама цель все время меняется.

Больные с проявлениями замедленного мышления жалуются, что в их сознании надолго остается какое-нибудь одно представление, одна «идея». Крайняя степень такого состояния — полная остановка течения мысли. Это находит отражение и в речи: человек замолкает и какое-то время не может произнести ни одного слова из-за полной «пустоты в голове».

При нарушениях стройности мышления чаще всего изменяется грамматический и смысловой порядок слов. Причем одни произносят совершенно не связанные между собой слова и предложения, другие строят предложения грамматически правильно, но они как бы «освобождаются» от смысла. Вот заимствованный из учебника психиатрии пример разорванности мышления.

Увидев трубку в руках врача, больная заявила: «Покажи... я ее съем... Наделала бы пирожки... не знаю... я свяжу такую же... пирожки. Ни про Ивана, ни про Дарью... Покажите... сделаю я... пластмасса, съем... дайте кружочек для пирожков... Возьму вас в кулак, понесу... повернуться можно... Нет таких вещей... надо показать... успокойте руку... блин... Ну вот... пожалуйста... Иван — пирожок... нажать кнопку... вертеть... маленький кабинетик... ходить по перрону... Здесь что-то имеется... Нет-нет... не умеешь... Подольск... Опять на улице... Если прямо на ходу... Жуть... мешок... бывают такие вещи... мешок для вещей... Для чего у вас очки?.. Подходят для плавания... рыб полно... кукла... нельзя... Боюсь я вас... Что вы сумасшедшие... (Смеется.)

Ой, да не нужно... Оставьте меня в покое... Кто ходит без крышки?..»

А вот «выступление» другого больного: «...При осмысливании всякого смысла у мыслящего мыслями мыслителя рождаются мысли, осмысливающие смысл смысла в смысле смысла, ибо при недоосмысливании всякого смысла у мыслящего мыслями мыслителя не рождаются мысли, осмысливающие смысл смысла в смысле смысла...»

Обычно здоровые люди в разговоре или при обдумывании того или иного вопроса относительно легко могут переходить с одной темы на другую. Но для некоторых психически больных это становится непосильной задачей. Они словно привязаны к тому, о чем начали говорить, и на простой житейский вопрос отвечают с упоением, подробно рассуждая о всех деталях. Если человека перебивают, он вновь настойчиво возвращается к исходной точке и требует, чтобы его обязательно дослушали. При этом он употребляет банальные сравнения, всем известные доводы, отмечает совершенно не существенные качества предметов, с трудом приближаясь к сути поставленного вопроса. Такое нарушение мышления носит название бесплодного (патологического) мудрствования. Как-то на нашу просьбу ответить, какой карандаш лежит на столе, больной с этим видом психического расстройства сказал:

«Это синтез различных органических продуктов — дерева и углерода. Необходимо отметить, что часть карандаша, составляющая его оболочку, за которую мы держимся, раньше была живым деревом. При переработке древесины каким-то образом, вероятно на машинах, так как карандашей выпускается очень много, делают корпус карандаша. Его можно покрасить в любой цвет, этот цвет может соответствовать и не соответствовать вкладываемому внутрь грифелю. Если внешне этот карандаш зеленый, это не значит, что он пишет грифелем этого же цвета. Для того чтобы убедиться, какого цвета грифель, надо либо посмотреть на него, либо провести на бумаге линию. Цвет грифеля зависит...»

Понятно, что такого рода «переработка информации» не может привести к творческому познанию и в большинстве случаев бессодержательна.

Наиболее характерный признак расстройства мышления — бредовые идеи. Бред — это суждение, не соответствующее, противоречащее действительности и искаженно отражающее ее.

Конечно, не соответствующие действительности, ошибоч-

ные заключения могут встречаться у каждого из нас, и некоторые из них мы с убежденностью отстаиваем. Но заблуждения здоровых людей, неправильно понятые ими факты можно исправить путем дополнительных аргументов или расширения их кругозора, приобретения новых знаний. Это ни в коей мере не является бредом. Болезненное же суждение опирается на «кривую логику», которую нельзя изменить ни убеждением, ни доказательствами, ни какими бы ни было другими способами.

Как и любые проявления болезненного процесса, бред не бывает «застывшим», навсегда установившимся и редко встречается, как говорят, в чистом виде. Бредовые идеи возникают в тесной связи с другими психическими отклонениями, постепенно или остро (в зависимости от заболевания) и развиваются вместе с ними. Благодаря этому врачу-специалисту не так уж сложно отличить бред больного от присущих всем людям жизненных заблуждений.

...На меня подозрительно смотрит уже немолодая женщина. Заболела она около двадцати лет назад, когда была подающим надежды литературоведом, счастливой матерью, женой молодого профессора университета. Болезнь вкралась неожиданно, без всякой внешней причины. Совершенно необоснованно, не имея никаких фактов, женщина стала считать, что муж ей изменяет, следила за ним, поджидала у подъезда, требовала, чтобы он уволил всех своих сотрудниц. Переубедить ее не удавалось. В связи с этим в семье часто возникали ссоры, но о болезни еще никто не думал. За два-три года женщина постепенно стала очень недоверчивой, неоткровенной. Считала, что все знакомые и родственники объединяются, чтобы покрывать «развратную жизнь» мужа. В знак протеста объявила голодовку, пыталась ударить мужа топором по голове и пятнадцать лет назад впервые попала в психиатрическую больницу.

Имевшиеся в тот период в распоряжении врачей лекарства несколько успокоили больную. Выписываясь через два месяца, она была спокойна, никаких «активных действий» против мужа не предпринимала, хотя ее подозрительность и недоверие сохранились. Однако вскоре болезненные переживания вновь усилились. Женщина не впускала мужа в дом, писала в различные организации письма с его «обличением». Наиболее «веским» аргументом было то, что на письменном столе у мужа часто лежали романы А. С. Пушкина и Л. Н. Толстого с закладками на страницах, где якобы говорилось о «коварствах любви». Она начала обвинять и сво-

его брата в «разврате». Утверждала, что муж с братом организовали притон. Всех приходящих в квартиру знакомых заносила в особый список — «Группа притона». Список и ежемесячно следовавшие к нему «добавления» отсылала в милицию и прокуратуру, требуя сурового наказания «банды». В течение дня постоянно была подозрительна, подслушивала все разговоры, записывала их. Перестала ходить на работу, потеряла интерес к окружающему, не читала газет и книг, не посещала кино и театр, бросила всех своих друзей.

На протяжении ряда лет состояние больной несколько раз обострялось. В эти периоды она устраивала мужу и брату «засады» в подъезде, пыталась их убить, неоднократно помещалась в психиатрические больницы. После подобного же обострения бреда опять оказалась в стационаре.

В отделении она ни с кем не разговаривает, обычно сидит в коридоре и, прищурившись, смотрит вокруг. К некоторым соседкам по палате относится враждебно, объясняя это тем, что они — любовницы из притона мужа и брата, она якобы видела их там. У одной женщины обнаружила «кофточку дочери», которую ее муж «отнял у ребенка». Не считая себя больной, отказываясь от лечения и требуя немедленной выписки, заявляет, что врачи и весь медицинский персонал подкуплены «бандой разврата», у которой «очень длинные руки». «Агенты» постоянно следят за ней, например, среди «тех, кто выдает себя за больных», есть завербованные «бандой». «Агенты» пытаются вызвать ее на провокацию, для этого ей «подсунули девицу» в кофточке дочери. И если она не разоблачит «банду», то произойдет массовое заражение людей сифилисом. Ссылаясь на это, написала заявление в вышестоящие органы, чтобы врачей привлекли к ответственности за задержку в больнице...

Как и у этой женщины, наличие бредовых идей меняет поведение человека. Его жизненные интересы, действия, связи отходят на второй план, все пропускается через призму только болезненных суждений. Нередко под влиянием бреда совершаются социально опасные поступки.

...В одном южном городе работал часовой мастер. Этот веселый, жизнерадостный человек служил в армии, собирался поступать в институт. У мастера была хорошая семья — жена, двое детей. Но вот сослуживцы, знакомые и близкие стали отмечать появившуюся у него несвойственную ранее вспыльчивость, раздражительность, подозрительность. Он стал рассказывать друзьям, что на работе его преследуют и хотят отравить, несколько раз с тревогой упоминал о «шай-

ке» бандитов. Но обычно все улыбались: «Не болтай!», «Не говори глупости!» К врачу обращаться родные не советовали, так как, кроме «пунктика», по их мнению, никаких отклонений от нормы не наблюдалось. И однажды, выкурив несколько папирос, купленных матерью, часовщик «понял, что он отравлен». Пытаясь «навести справедливость», он топором жестоко убил жену и случайно пришедшую ее сестру.

Вот, пожалуй, наглядная иллюстрация того, что боязнь консультации специалиста, боязнь поместить человека в психиатрическую лечебницу приводит к трагедии, в то время как ранняя диагностика могла бы предотвратить ее. Судьба заболевшего, таким образом, перестает быть частным делом его родственников. Об этом нельзя забывать прежде всего тогда, когда имеются подозрения на наличие галлюцинаций и бреда.

Любое событие, любое воспоминание, любое раздражение, поступающее в головной мозг, порождает эмоциональную реакцию. У здоровых людей она «формирует» настроение, вызывает кратковременные бурные аффекты — «эмоциональные взрывы» или стойкие глубокие чувства. У психически больных часто появляются эмоциональные и аффективные расстройства. Один из важнейших показателей резко выраженных и по существу противоположных друг другу эмоциональных нарушений — маниакальное и депрессивное состояния.

Маниакальное состояние — это постоянная, бьющая через край радость. Для человека не существует никаких неприятностей, ему все представляется легким и доступным. Переживания отличаются яркостью и образностью. Лицо больного оживлено, он часто и громко смеется, легко знакомится со случайными людьми, жестикулирует, шутит, охотно говорит, не может усидеть на месте, много двигается, пританцовывает, причем очень часто и в обстановке, совсем не подходящей для веселья. Как правило, даже при самых радужных жизненных событиях «нормальная» радость никогда не бывает столь бурной. Болезненный подъем настроения то и дело приводит к различным неприятностям, которые, впрочем, нисколько не опечаливают больного.

Определенное представление о маниакальном состоянии, вероятно, можно составить, ознакомившись со следующей протокольной записью из истории болезни:

«Возбуждена, многоречива, шумлива, с врачами и персоналом держится развязно, во время беседы кладет ноги на

соседний стул. Мимика отличается подвижностью, часто улыбается, шутит, смеется, быстро переходит с одной темы на другую. В отделении постоянно на ногах, поет, танцует, во все вмешивается, сочиняет и декламирует стихи, рисует «любовные сцены», завидя в окно мужчин, кричит, что хочет с ними познакомиться. При виде врачей-мужчин объясняется им в любви. Временами возбуждение усиливается, становится злобной, требовательной, бегает по коридору, вскакивает на клавиши рояля, пытается организовывать драку больных, сама же при этом отходит в сторону и, смеясь, говорит, что она — «хозяйка отделения»... Очень охотно, навязчиво разговаривает с врачами, дает меткие характеристики окружающим ее больным и персоналу. Отмечает, что «в голове много планов», на первом месте стоит задача «пользоваться всеми благами жизни»...

Депрессивное состояние, наоборот,— это заторможенность всех сторон психической деятельности, прежде всего эмоциональное угнетение. В легких случаях больные жалуются на беспричинно плохое настроение, некоторую тоскливость, нежелание что бы то ни было делать. В более тяжелых случаях все окружающее представляется им «в черном цвете», кажется совершенно безнадежным. Любое слово, любое событие воспринимаются как подтверждение мучительных мыслей. Нередко, как говорят больные, их разрывает тоска утраченной надежды — самое сильное испытание «целесообразности жизни». Ничтожные ошибки, допускавшиеся в прошлом, на что никто не обращал внимания, перерастают в их воображении в тягчайшие преступления. Больные обвиняют себя, требуют, чтобы их судили и предали смертной казни. Некоторые во время приступов депрессии бесчувственны и апатичны. Вот как рассказывает история болезни о депрессивном больном:

«Настроение понижено, малоподвижен. В отделении обычно сидит в стороне в скорбной позе, с печальным выражением лица, не следит за своим внешним видом, отказывается умываться и бриться, не причесывается. Несколько раз в течение первых суток пребывания в больнице, до начала лечения, пытался покончить с собой, для чего по секрету от окружающих под одеялом отрывал от простыни узкие полоски, чтобы задушиться. Отвечая на вопросы врачей, говорит медленно, тихим голосом. Жалуется на непереносимое чувство тоски, ощущаемое где-то в груди, на мучительное безразличие ко всему, даже к своим детям...»

Л. Н. Толстой в «Записках сумасшедшего» приводит

яркое и образное описание мечущегося в страхе и тоске человека: «Всю ночь я страдал невыносимо; опять мучительно разрывалась душа с телом. Я живу, жил, я должен жить, и вдруг — смерть, уничтожение всего. Зачем же жизнь? Умереть?.. Убить себя сейчас же? Боюсь. Дождаться смерти, когда придет? Боюсь еще хуже. Жить, стало быть. Зачем? Чтобы умереть? Я не выходил из этого круга. Я брал книгу, читал, на минуту забывался, и опять тот же вопрос и ужас. Я ложился в постель, закрывал глаза,— еще хуже... Сердце колотилось, руки, ноги дрожали. Смерть здесь? Не хочу. Зачем смерть? Что смерть?»

Многие депрессивные больные нуждаются в особенно тщательном наблюдении. Причина этого ясна: депрессия — верная спутница самоубийства.

Находясь на «пике» своего болезненного состояния, страдающий депрессией перестает видеть «окно» в реальную жизнь, какой бы то ни было выход из кажущейся безысходной ситуации. И достаточно хотя бы короткого мгновения, чтобы ощущение невыносимости мук (очень часто не имеющих реальной причины) заставило человека (иногда очень изобретательно) переступить рубеж жизни и искать свободу в смерти, о которой когда-то писал римский философ Сенека: «...Видишь ты тот крутой отвес? Оттуда вниз дорога к свободе! Видишь ты там море, реку, колодезь? На их дне живет свобода! Видишь ты то небольшое, иссохшее, искривленное дерево? На нем висит свобода!.. Ты спрашиваешь, каков самый легкий путь к свободе? Каждая артерия твоего тела — такой путь к свободе!»

В психиатрических больницах на страже жизни человека стоят врачи, внимательный медицинский персонал, вооруженные специальными лечебными средствами. Они позволяют людям с нарушенным воображением и настроением обрести истинную свободу — свободу жизни. К сожалению, практически это не всегда удается, да и обращение к врачу не всегда бывает своевременным.

Передо мной письмо бывшей моей больной: «Я лечилась в вашем институте три года назад. Думаю, вам небезынтересно будет узнать, что произошло со мной после выписки. По дороге в свой родной город и в первые дни по приезде я принимала лекарства, которые мне дали. Потом они кончились, а за рецептом в наш диспансер я идти не захотела. Чувствовала себя хорошо, строила всякие планы, собиралась устраиваться на работу. Но вскоре у нас в городе установилась страшная жара, которую я очень плохо переношу. К то-

му же все члены моей семьи разъехались — кто в отпуск, кто по делам. В этот период я узнала, что у моей младшей дочери, находившейся в детском санатории, обнаружен туберкулез. И вот вдруг я ощутила вокруг себя пустоту — пустой дом, никого нет вокруг, да еще все сжигающее солнце и изнуряющая жара. Я почувствовала, что на меня наваливается страшная, непреодолимая тоска и беспросветность. Состояние было хуже, чем то, с которым я поступала в свое время в психиатрическую больницу. Не знаю, как это называется, скорее всего депрессия, но у меня возникло острое отвращение к жизни.

После нескольких дней мучений, во время которых я не выходила из дома, ничего не ела и ни с кем не разговаривала, я решила покончить жизнь самоубийством. Для этого я без всякого страха и совершенно не думая о последствиях плотно закрыла на кухне дверь и окна и открыла в газовой плите все краны. Чтобы скорее отравиться, я улеглась на полу рядом с открытой духовкой, из которой особенно сильно шел газ. На душе у меня было полное безразличие и спокойствие. Не прошло и 10 минут, как последовал взрыв (видимо, из-за искры в штепселе, куда был включен «переключавшийся» холодильник), и меня охватило пламя. Я моментально выскочила на лестницу, но на мне, к сожалению, огонь сбили не очень быстро. Приехали «скорая помощь» и пожарная команда. Я получила ожоги всей передней части тела (47%) 3-й и 4-й степени. Лицо осталось без рубцов, а вот руки, грудь, бедра, ноги «латали» — делали пересадку кожи. Я пролежала на спине 5 месяцев, заживление шло долго... Сейчас я тяжелый инвалид, хотя депрессии нет. Регулярно пью лекарства, которые мне назначил наш психиатр, и понимаю все безумие случившегося. Но меня гложет мысль — может ли моя депрессия вновь обостриться?»

Трудно сейчас говорить, что явилось первопричиной резкого ухудшения состояния у автора этого трагического письма: то ли прекращение приема антидепрессантов, то ли сложности ситуации — известие о туберкулезе у дочери, угнетающая жаркая погода, временное одиночество и отсутствие близких... Скорее всего, сыграли свою роль все эти факторы, вместе взятые. Но дело не в том. Современная психиатрия не может полностью гарантировать, что у больной, написавшей письмо, так же как и у многих других больных, при продолжении психического заболевания и при стечении некоторых обстоятельств депрессия не повторится. И во избежание трагедии необходимо, чтобы каждый, почувствовав у себя или

заподозрив у кого-либо из своих родственников беспричинную тоску и иные признаки депрессии, обратился за немедленной консультацией к специалисту.

К числу часто встречающихся психических расстройств относятся п р и п а д к и, в первую очередь припадки, сопровождающиеся судорогами. По данным экспертов ВОЗ, припадки наблюдаются у 6—8 человек из каждой 1000 населения, а в развивающихся странах и того чаще.

Когда говорят, что у человека припадок, обычно имеют в виду неожиданность его наступления, бурные проявления и относительную непродолжительность. Так бывает при сердечных и астматических приступах, но прежде всего при эпилепсии. При этой болезни для «припадочного» состояния наиболее характерны внезапная потеря (нарушение) сознания и непроизвольные, судорожные движения. Припадок длится не дольше одной или нескольких минут и, скорее всего, благополучно заканчивается, но в это время внешний вид человека производит тяжелое впечатление.

...Среди полного благополучия, без каких-либо внешних причин больной падает как подкошенный, часто издавая пронзительный, нечленораздельный крик. При этом все тело как бы вытягивается и застывает, мышцы цепенеют, на губах выступает обильная пенистая слюна. Лицо становится бледным, глаза закатываются, зрачки расширяются и не реагируют на свет. Дыхание прекращается. Это — первая половина припадка, вызываемая резким напряжением мышечного тонуса.

Вслед за ней наступает вторая, когда у большинства больных начинаются судорожные подергивания. Цвет кожи меняется, лицо делается синевато-багровым, вены на шее вздуваются и пульсируют, в горле слышны булькающие звуки — после полной остановки возобновляется хриплое, затрудненное дыхание. Несведущему человеку кажется, что смерть где-то рядом, она неминуема. И почти тотчас мышечное напряжение снижается, и по безжизненному вроде бы телу пробегают насильственные вздрагивания, быстро переходящие в «тряску» рук, ног, головы, туловища. Как будто какая-то неотвратимая сила приподымает неестественно раскинутые руки, голову, ноги и ударяет их об пол или о кровать. Постепенно все утихает, дыхание и сердечно-сосудистая деятельность нормализуются, больной засыпает. Если его не трогать, он может проспать несколько часов. Пробудившись, ничего не помнит — во время припадка сознание было выключено, а значит, и в воспоминаниях не осталось следа.

Если припадок случается ночью, во время сна, человек (особенно ребенок) долго может ни о чем не подозревать.

Ряд больных «предчувствуют» приближение припадка. За несколько часов до этого появляются головные боли, раздражительность, плохое настроение, а за несколько секунд они ощущают жар, перед глазами повисает красное облако с частыми белыми вспышками, все вокруг преображается — «увеличивается» размер предметов, «изменяется» собственное тело. Потом — провал в памяти. Признаки надвигающегося припадка настолько кратковременны, что, зная, о чем они свидетельствуют, больные часто не успевают добежать до кровати.

Судорожные припадки известны с древности. И не удивительно, что среди других нервных нарушений именно эта впечатляющая картина вызывала наибольший суеверный ужас. Вместе с тем ею широко пользовались служители различных религиозных культов, которые, будучи осведомлены о благополучном исходе, «наглядно показывали», как путем заклинаний и других обрядных процедур можно «вырвать человека из лап дьявола». И после окончания припадка он действительно «вырывался».

Современные электроэнцефалографические исследования больных очень многое дали для понимания причин и механизмов возникновения припадка. Если он случайно наступает во время записи электроэнцефалограммы, вместо обычных спокойных колебаний, отражающих нормальную электрическую активность мозга, пишущие приборы регистрируют огромные волны, свидетельствующие о резких нарушениях электрических процессов.

Помимо только что описанного «большого» судорожного припадка при психических заболеваниях могут отмечаться «малые» припадки, не столь выраженные и не сопровождающиеся судорогами.

ДИАГНОЗ

Перечисленные выше и некоторые другие симптомы, соединяясь в отдельные «блоки» — синдромы, сигнализируют о наличии болезни. Однако это лишь формальное выражение внешних ее проявлений. Каждое психическое заболевание обладает своей спецификой — как в общей картине, так и в динамике отдельных нарушений. Наряду с этим характерные для каждого случая нарушения накладывают своеобразный отпечаток на человека, изменяют его отношение к окру-

жающему. У больных шизофренией будут одни нарушения, у больных эпилепсией — другие, а у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом,— третьи. Только выявление и анализ расположения «кирпичей», «блоков», особенностей «ансамбля» всего сооружения, только сопоставление симптомов, синдромов, патологических изменений личности позволяют врачам ставить тот или иной диагноз. Так что ни бред, ни галлюцинации, ни прочие, пусть даже самые «весомые» психические сдвиги изолированно, сами по себе еще не дают оснований говорить об определенной психической болезни.

Любое заболевание вообще, в том числе и психическое, имеет начало, какие-то этапы течения и результат. Это всякий раз усложняет анализ состояния больного врачом-специалистом. Все болезненные отклонения при постановке диагноза рассматриваются не в том виде, как они представлены у обратившегося за помощью человека, а в развитии. Только так можно дифференцированно оценить клиническую картину, определить прогноз и правильно выбрать лечение.

Психические заболевания могут протекать и кратковременно, и длительно, охватывая многие годы. Тогда нередко периоды обострения сменяются светлыми промежутками.

С точки зрения преемственности симптомов в рамках отдельных заболеваний (называемых врачами нозологическими единицами) и при учете известных и не до конца еще выясненных причин в психиатрии выделяют шизофрению, эпилепсию, маниакально-депрессивный психоз, сосудистые, предстарческие и старческие психические расстройства, инфекционные, травматические и некоторые другие психозы.

Шизофрения — наиболее распространенное и многоликое психическое заболевание, «предпочитающее выбирать жертвы» в юношеском и молодом возрасте. Болезненные нарушения нередко подкрадываются постепенно. Без всяких на то оснований у человека появляется нетерпеливость, раздражительность, вспыльчивость, он быстро утомляется, жалуется на недомогание и слабость. Эти самые ранние «сигналы» обычно не вызывают особой тревоги, беспокойства, так как сами по себе еще ни о чем не говорят. Но отсутствие какой-либо видимой причины для подобного состояния всякий раз должно настораживать. Наряду с этим происходит снижение активности. Еще недавно веселый, подвижный и жизнерадостный юноша становится подавленным, апатичным, перестает интересоваться делами, которые прежде наполняли его жизнь. Такие симптомы родители пытаются

объяснять «возрастными изменениями», а на самом деле уже необходима срочная консультация психиатра. Если вовремя не начать лечение, болезнь продолжает прогрессировать — человек «уходит в себя», прислушивается к своим переживаниям, мудрствует над каждым простым поступком и движением, задавая при этом бесплодные и никчемные вопросы: почему лошади едят сено, почему мясо надо резать ножом, как положить книгу в шкаф и так далее. Все это практически лишает людей работоспособности — занятые своими рассуждениями, они не могут довести до конца ни одного дела. У некоторых развиваются несвойственные им ранее интересы. Часто без достаточного на то образования и подготовки они стремятся «разрабатывать» философские, мировоззренческие проблемы и, забрасывая учебу в школе или институте, бессистемно читают труды философов, в быту пользуются «заумными» фразами.

Ряд больных на первых стадиях шизофрении ощущают непонятные «неудобства» во внутренних органах, как будто у них где-то в животе или в легких «что-то лопнуло». Другие «замечают», что у них изменилась форма носа, стала необычной походка и прочее. Естественно, это их волнует, и они ходят от одного врача к другому.

Заболевание может сопровождать своеобразная разобщенность мыслей и чувств или параллельные, порой противоположные друг другу мысли. Происходит «расслоение» личности на два внутренних «я», которые существуют одновременно, а иногда и «спорят» между собой.

Шизофрении свойственна эмоциональная холодность: человек перестает интересоваться жизнью семьи, безразличен к родным и близким, к окружающим и потому быстро теряет друзей и знакомых.

...В детстве Саша мало чем отличался от других детей — был общительным, жизнерадостным, ласковым мальчиком. В школе учился хорошо, любил рисовать. И вот когда ему исполнилось 14 лет, родители начали отмечать у него некоторую замкнутость и раздражительность без всякого внешнего повода. Довольно скоро мальчик, по выражению отца, «отошел от семьи», равнодушно отнесся даже к тяжело заболевшей матери. Когда ее отвезли в больницу, Саша сказал, что навещать мать не собирается и подождет, когда она вернется домой. При этом он вскользь добавил: «Если же она умрет, меня это особенно волновать не будет...»

Поведение мальчика продолжало меняться — он сделался вялым, ничем не занимаясь, часами лежал в постели,

перестал встречаться с товарищами, значительно снизилась его успеваемость. Наряду с этим Саша вдруг заинтересовался философской литературой и подолгу просиживал в библиотеке над сочинениями Гегеля, Фейербаха, Спинозы. В результате он «философски» оценивал самые простые события, заявляя, что выше своих сверстников в «философской подкованности», что его мышление развито несравненно лучше, чем у других. И поскольку в школе «говорят всякую чепуху» и знаниями, приобретенными там, нельзя выразить «всю глубину и широту мироощущения и философский смысл бытия», Саша вообще перестал посещать уроки. Только это заставило его родителей и педагогов обратиться к психиатру.

И вот Саша в больнице. То, на что дома и в школе не обратили необходимого внимания, стало предметом изучения. Оказалось, что у Саши имеется своя «особая концепция мироощущения». Он «сочно и долго» думает о каждом видимом предмете, «мысль, как бы вгрызаясь, углубляется в сущность того или иного явления». Благодаря этому он может делать «то, что не под силу другим людям», «анализировать каждый задаваемый вопрос, каждое слово, каждую букву, раскладывая их по косточкам». При таком «анализе» у него в голове одновременно существуют как бы две мысли, два собственных «я», ведущих спор между собой. Поэтому он хоть и стал нерешительным («временами трудно разобраться в вихре гамм и красок внутренней противоречивой жизни»), но зато приобрел «особое философское качество мышления», которое «возвышает его над всеми остальными мирянами». В этом он убеждается ежедневно, так как никто не может его до конца понять. Нет человека, кто мог бы мыслить «в резонанс» с ним. Особенности мышления дают ему основание видеть в людях и в любом предмете то, что недоступно другим. Например, в столе, стульях, висящих на окне шторах он различает краски, формы, изгибы, составляющие «красоту жизни». Это его «золотая удача», благодаря ей он может создавать «теорию философского мироощущения». Считает себя наследником великих философов прошлого, убежден, что все люди должны в будущем ему поклоняться, поэтому он уже сейчас готовится к торжественному выходу — пудрится, подкрашивает брови, репетирует «речи перед народом», ходит по отделению «подпрыгивающей» походкой. Помещением в психиатрическую больницу нимало не тяготится, поскольку независимо ни от какой обстановки его «саморазвитие» идет «правильным путем». Беседами на его «сокровенные» темы очень доволен и говорит, что только здесь решил «рассе-

кретить свое истинное лицо», дома же «приходилось подделываться под обывателей».

Упорное и длительное лечение Саши улучшило его состояние. Он выписался, работает на заводе и учится в вечерней школе. Однако положительные результаты сказались бы быстрее и, несомненно, были бы более устойчивыми, если бы Саша встретился с психиатром не в разгар болезни, а в ее зародыше.

Шизофрения протекает по-разному. То она начинается остро, с галлюцинациями и бредом, что очень заметно, и поэтому быстро принимаются меры. А то «бурные» вспышки могут произойти спустя несколько месяцев (иногда и несколько лет) после «скрытого» периода, что, к сожалению, как показывает практика, затрудняет эффективное врачебное вмешательство.

Не лечить шизофрению нельзя. Это приводит к выраженному слабоумию. Вовремя предпринятое лечение в большинстве случаев приостанавливает темп нарастания болезненного процесса, и многие его признаки исчезают.

Второе по частоте психическое заболевание — эпилепсия, которую легко можно узнать по ее ведущему признаку — эпилептическому припадку.

Причины и механизмы эпилептических припадков и других проявлений болезни выяснены еще не окончательно, но, как и при других психических расстройствах, кроются в нарушении работы мозга. Следовательно, чтобы помочь человеку, надо прежде всего ее нормализовать. Сейчас известно множество различных средств, уменьшающих частоту и выраженность припадков и даже вообще освобождающих от них. Однако нельзя лечить лишь одно проявление болезни, один ее симптом, если он даже и такой значительный, как припадок. Надо лечить болезнь в целом.

Поскольку эпилептические припадки не редкость и им подвержено значительное число больных за пределами стационара, каждому полезно знать, что делать, если требуется срочно оказать первую помощь.

Во-первых, следует расстегнуть стесняющую одежду и уложить больного в безопасное место, желательно на что-нибудь мягкое, подложив под голову пальто, пиджак или просто поддерживая ее руками.

Во-вторых, разжать рот и ввести между передними зубами какой-нибудь предмет (ложку, ключ, палочку), обернутый носовым платком, чтобы предупредить прикус языка.

В-третьих, во время судорог нельзя грубо сдерживать

больного, так как это может привести к переломам и вывихам суставов.

В-четвертых, уснувшего после припадка больного желательно подольше не будить.

Помимо этих правил, нужно учитывать, что в разгар припадка не стоит пытаться ввести в рот какое-либо лекарство, чтобы оно не попало в дыхательные пути. Если припадки повторяются, необходимо срочно вызвать «скорую помощь».

При отсутствии лечения, а в тяжелых случаях и несмотря на него, с течением времени и независимо от частоты припадков (у некоторых за всю жизнь может быть несколько приступов или не быть вовсе) у больных эпилепсией изменяется склад характера. Мышление становится крайне обстоятельным, вязким. Человек очень тщательно вспоминает мельчайшие детали события, говоря о которых не может отбросить незначительное и остановиться на существенном или переключиться на другую тему. Он надолго запоминает обиды, недовольство чем-либо, делается злопамятным и мстительным. Обычно это тесно переплетается с угодливостью и слащавостью. У многих появляется избыточная аккуратность и некоторые другие достаточно хорошо известные врачам своеобразные болезненные черты.

Как и при других психических заболеваниях, у страдающих эпилепсией снижается, а затем и вообще пропадает критическое отношение к своим действиям. Любое замечание, несогласие порождают вспышки гнева, которые могут привести к антисоциальным поступкам.

Своевременно принятые меры, направленные как против припадков, так и нарастающих изменений характера, в том числе систематический и длительный прием назначенных врачом лекарств, способствует значительному улучшению состояния или полному излечению.

Болезнью настроения называют *маниакально-депрессивный психоз*. У человека преобладает то маниакальная фаза, то депрессионная. Иногда они непосредственно сменяют друг друга, иногда их разделяют годы обычной, нормальной жизни.

Маниакально-депрессивный психоз практически не вызывает слабоумия, ослабления памяти и других кардинальных нарушений в психической деятельности. После завершения определенного болезненного периода человек вновь приобретает полную трудоспособность и мало изменяется по характеру. Новейшие психофармакологические средства обеспе-

чивают быстрое выздоровление многих таких больных и профилактику возникновения новых обострений.

Шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз — болезни, причины которых остаются еще не до конца изученными, что, однако, не мешает психиатрам добиваться положительных результатов при их лечении. Причины других психических заболеваний понятны из их названий — сосудистые, предстарческие и старческие, травматические психозы и т. д.

БОЛЕЗНЬ ЛИ АЛКОГОЛИЗМ?

Особо стоит остановиться на хроническом алкоголизме и алкогольных психозах.

...Уставшие женские руки суетливо перебирают какие-то бумажки.

— Но он ведь не всегда был таким. Вот раньше о нем писали в многотиражке...— В голосе слышны отчаяние и затаенная надежда. «Он» сидит тут же. Пиджак надет прямо на голое тело, волосы выпачканы в застывшей осенней грязи. Что-то невнятно бормоча и угрожая жене, пытается вскочить со скамейки, но рука санитара крепко лежит на плече.

Девять лет назад Александр С. пришел на завод, где работала Нина, был веселым, остроумным, сильным парнем, лучше всех играл в заводской футбольной команде. В тот год он поступил в техникум... После смены Александр ждал Нину у проходной, и трамвай через весь город вез их на окраину к ее маленькому домику. Вскоре они поженились, завод помог с жильем, родилась дочь. Словом, обычная и счастливая история.

А потом... потом Александр где-то выпил с приятелем, пришел домой, вытирая стены недавно купленным пальто. Ночью ему было плохо, и Нина ухаживала за ним. Наутро простила: с кем не бывает? А в конце месяца он снова явился навеселе, объясняя жене: «Было как-то неудобно отказать ребятам». «Неудобство» стало повторяться в дни получек, а по воскресеньям без «четвертинки» Александр за обеденный стол уже не садился...

Я смотрю на слегка изрезанное морщинками лицо Нины. Вдруг она поворачивается к мужу и, доставая платок, говорит:

— Уйти надо было мне тогда, может, понял бы. А то и себе жизнь перекрестил, и нам с дочкой...

Александр пропускал занятия — его исключили из техникума; не вышел несколько раз на работу — перевели на менее ответственную. К жене теперь обращался только с одним: «Дай денег!» Как-то ударил ее по лицу. Обида, ненависть вошли в сердце молодой женщины, но ведь это был отец ее ребенка.

Александр извинялся и уговаривал Нину, две недели не пил, и она поверила. На радостях он отправился в магазин, чтобы купить торт, но вернулся лишь через два дня. Пришел в комнату ночью, крадучись, резко захлопнул за собой дверь, с безумными глазами забрался под кровать, потом закричал, начал от кого-то бегать, перевернул буфет с посудой.

...Я, дежурный врач психиатрической больницы, листаю историю болезни. Был алкогольный психоз, из которого Александра удалось через несколько дней вывести. Протокольно записаны его слова: «В рот не возьму больше этой гадости, я понял, до чего можно докатиться...» Вскоре его выписали.

И вот как-то, возвращаясь с работы, Нина увидела у входа в гастроном трясущуюся от холода фигуру мужа, предлагающего прохожим купить школьную форму дочки. Она позвала его домой. Одурманенный алкоголем, не обращая внимания на окружающих, Александр начал оскорблять жену. Его снова привели в больницу.

На следующее утро он с нетерпением ждет обхода врача и умоляет отпустить его. Со слезами на глазах обещает «взять себя в руки». То же самое происходит на второй день, на третий, на четвертый... От активного лечения против хронического алкоголизма категорически отказывается. Его выписывают.

А ровно через три дня Александр вновь, еле волоча ноги, переступает порог приемного отделения. На этот раз он вместе с собутыльниками пришел домой, взял из шкафа шубу жены и, продав ее за бесценок, угостил набежавших на дармовщину тунеядцев. Повторяется все сначала. Теперь только больше морщинок стало на лице Нины, которая с отчаянием спрашивает: «Что же делать, доктор? Как жить дальше?»

В этой истории, как в зеркале, отражается вся трагедия алкоголизма. Никто и никогда не рождался пьяницей. Это — результат плохого воспитания, безволия, моральной скудости, привычек и психологии старого быта. На первых этапах алкоголизм не имеет никакого отношения к медицине, это

не болезнь, а бытовая распущенность, переходящая в болезнь лишь гораздо позднее, после более или менее длительного периода пьянства и хронического отравления организма. И вот здесь, между первой рюмкой водки здорового и запоями алкоголика, решающая роль принадлежит общественному мнению.

Возьмем тот же случай с Александром С. Весьма возможно, что он не дошел бы «до точки», если бы на заводе вмешались, выяснили, почему вдруг хорошего рабочего исключили из техникума, если бы разобрались, перед кем это ему «неудобно» не выпить в день зарплаты. Возможно, не произошло бы этого с ним, если бы и Нина не оставалась простым созерцателем падения мужа, а забила тревогу. Но всего этого, к сожалению, не было...

Равнодушное отношение к начинающим, особенно молодым «выпивальщикам» обычно поощряет их к пьянству. Вот характерный пример.

Виктору М. не хочется вспоминать, что с ним было вчера, когда его доставили в больницу, да и многое он не помнит. Он сидит передо мной бледный, опухший, с мутным взглядом. Я переворачиваю страницы истории болезни, читаю: «Запой длился несколько дней. Вечером в страхе начал бегать по коридорам, видел стаи преследующих его крыс и пауков».

Молодой, сильный парень. Как же это случилось, с чего все началось?

Виктор долго молчит, потом начинает рассказывать. Голос его звучит глухо:

— После службы в армии я поступил работать мастером в ателье по ремонту радиоаппаратуры. До этого никогда не злоупотреблял спиртным. А в ателье связался с дружками, которые пили почти каждый день. Сперва мне было противно. Но надо мной смеялись: «Какой же ты мужчина!» Так и пошло...

— Ну, а деньги? — спрашиваю я.— Ведь чтобы каждый день пить, денег-то много надо.

— А,— махнул рукой Виктор,— деньги... Всегда подхалтурить можно. Кому телевизор починить, кому приемник. На поллитра заработать нетрудно. Да ведь и клиенты помогают. Придешь ставить телевизор, наверняка предложат обмыть обновку. Ну, а если не угостят, так на «чай» дадут...

Я смотрю на потухшее, безжизненное лицо человека, вслушиваюсь в его признания, и рядом с жалостью и презре-

нием к Виктору у меня появляется иное чувство — стыд за себя, за всех нас. Ведь мы, вероятно, тоже не раз предлагали кому-то «обмыть» покупку, давали на «чай» и иногда в гостях говорили непьющему человеку: «Всего одну рюмку. Ведь это же за здоровье...»

Дважды Виктор М. находился в специальной антиалкогольной лечебнице и уходил оттуда совершенно здоровым, начинал работать. Но снова приятели звали: «Выпьем, только одну рюмку». А для бывшего алкоголика даже одна рюмка становилась роковой, она сводит на нет все усилия врачей. Подточенный алкоголем организм Виктора не выдержал, последовало кровоизлияние в мозг.

Иногда врачей, лечащих алкоголиков, спрашивают: значит, стопка вина в гостях или за праздничным столом — пьянство, алкоголизм? Конечно, нет. Но если эту стопку пить чуть ли не каждый день, если выпивка входит в систему, то это уже значит, что до алкоголизма один шаг. Он не заметен, этот шаг, человек подчас и не обращает внимания на то, что, проснувшись утром, ему нужно «опохмелиться», что постепенно все его интересы гаснут перед обуревающей мыслью: «Где бы выпить?» И вот, чтобы добыть деньги, он уже не останавливается ни перед чем. Неотвратимый итог — вытрезвитель, а потом психиатрическая лечебница.

Значит, алкоголизм — болезнь? Да, но болезнь особая, в происхождении которой виноват сам человек, сознательно отравлявший себя.

Эксперты Всемирной Организации Здравоохранения считают, что «...к алкоголикам относятся те злоупотребляющие алкоголем лица, у которых пристрастие к нему привело к выраженным психическим расстройствам или вызвало как психические, так и соматические нарушения, изменило взаимоотношения с коллективом и причинило ущерб общественным и материальным интересам этих лиц».

Действие алкоголя, как хорошо известно многим людям по собственному опыту, ощущается даже при однократном приеме небольших его доз. Усиливается сердцебиение, расширяются зрачки, повышается настроение, под покровом благодушия все жизненные невзгоды кажутся несерьезными. Наряду с этим сокращается скорость реагирования человека на любое раздражение, уменьшается работоспособность. Например, стакан «горячительного» всего лишь 10-процентной крепости способен на 18 процентов снизить производительность труда наборщика в типографии; при умеренном потреблении алкоголя производительность труда у рабочих

промышленных предприятий в среднем снижается на 4—5, при злоупотреблении — до 15—30 процентов. В дни выдачи заработной платы и соответственных возлияний на некоторых предприятиях продукции вырабатывается на 26—30 процентов меньше, чем обычно[1].

По мере углубления опьянения люди теряют возможность сознательно и осмысленно руководить своим поведением. Они самоуверенны и хвастливы, неуместно смеются, рассказывают об интимных переживаниях. Или плаксивы, раздражительны, вспыльчивы, агрессивны, что служит причиной драк и антисоциальных поступков. Во время сильного «одурманивания» движения и жестикуляция становятся некоординированными, походка — шаткой.

При хроническом употреблении алкоголя организм привыкает к нему, как к любому наркотику, и его отсутствие вызывает слабость, тошноту, потливость, дрожание рук, головную боль. Все это называется в медицине синдромом похмелья. В такой период человеку порой чудится, что окружающие «по-особому» смотрят на него, догадываются, что перед ними «пьяница», и он старается быть незаметным, под разными предлогами не ходит на работу, не покидает дома.

Синдром похмелья — важная ступенька, отделяющая здорового от «больного». Если не прекратить систематически отравлять организм, очень быстро можно скатиться вниз еще на несколько ступенек — появится каждодневная потребность в опохмелении, систематическое пьянство, запои. Тогда алкоголик идет на все — продает вещи, глотает различные суррогаты. Вспомните Александра С., предлагавшего прохожим купить школьную форму дочки...

Но алкоголь не только калечит психическую жизнь человека, но и отравляет многие его внутренние органы. Частые приемы спиртного заставляют усиленно работать сердце, в результате оно увеличивается в размере, а сердечные мышцы могут перерождаться в жировую ткань. Отсюда одышка, гипертония, боли в сердце и другие неполадки в сердечно-сосудистой системе.

Попадая в желудок, алкоголь, как сильнейший и грубый раздражитель, вызывает неумеренное поступление желудочного сока. Через некоторое время желудок «привыкает» к этому и уже почти не реагирует на более слабые раздражи-

---

[1] См.: Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х. Учебное пособие по наркологии. М., 1981, с. 46.

тели — обычную пищу. Вот почему у пьяниц отсутствует аппетит, пища плохо перерабатывается и усваивается. Нередко по этим же причинам разрушаются стенки желудка или кишечника и образуются язвы. «Отзывается» на алкоголь и печень, которая тоже значительно увеличивается, нарушается выделение желчи, необходимой для пищеварения. Считается, что 20—25 процентов случаев цирроза печени — следствие алкоголизма. Да и поражение легких у алкоголиков наблюдается в 3—4 раза чаще, чем у трезвых людей.

Все это, вместе взятое, способствует преждевременному одряхлению, сокращению продолжительности жизни (у алкоголиков она короче примерно на 20 лет и в среднем не превышает 55-летнего возраста). «Хроники» легко подвергаются инфекционным заболеваниям, которые протекают у них особенно тяжело.

И без того нерадостные изменения психики и внутренних органов хронического пьяницы дополняются острыми алкогольными психозами, в первую очередь алкогольным делирием — белой горячкой. Больной испытывает яркие зрительные иллюзии и галлюцинации. В страхе он мечется, убегает от чудовищ, злодеев, различных животных (отсюда и выражение «напился до чертиков»), так же как бегал от стай крыс и пауков Виктор М. Белая горячка — опасный и грозный вид острого психоза: гонимый «преследователями», безумец может доставить много неприятностей себе и окружающим. Довольно часто выраженное острое нарушение психики принимает затяжной характер. Тогда алкоголики — теперь уже психически больные люди — надолго становятся постоянными жителями психиатрических больниц.

Белая горячка и другие алкогольные психозы появляются не у всех хронических алкоголиков, но у всех без исключения пьяниц рано или поздно нарушается память, снижается общее развитие, теряется способность критически оценивать собственные поступки. У врачей есть такой термин — «алкогольная деградация личности». Тут и пояснять особенно нечего. Это — моральное и физическое опустошение, невозможность творческой, истинно человеческой деятельности, это загубленные годы.

В последнее время в нашей стране приняты специальные постановления о борьбе с алкоголизмом, ведется широкая воспитательная и пропагандистская работа. И все же не исключено, что кто-нибудь, увидев очередную поучительную газетную статью или телепередачу, с досадой подумает: «Ну,

сколько можно... Все об одном и том же...» Да, все о том — о горе, которое приносят пьяницы самим себе, своим близким, об уроне для производства, о пагубном влиянии взрослого пьющего на детей и подростков и... о равнодушии тех, кого эта проблема, казалось бы, не касается впрямую. Но ведь борьба с пьянством требует и повторения, и разъяснения, и назидания, и принуждения. Требует общего дружного отпора, не оставляющего никого безучастным.

По данным ВОЗ, ежегодно на дорогах мира погибает свыше 100 тысяч человек, да еще на каждого умершего приходится 35—40 человек, получивших травмы. Причем 78 процентов жертв автомобильных катастроф — мужчины в состоянии опьянения. Преступления разной степени тяжести преимущественно совершают люди в алкогольном помрачении. К этому надо добавить производственный травматизм, брак, прогулы, снижение трудоспособности и то, что не поддается прямому подсчету — невосполнимые нравственные потери. Они тем более ощутимы, когда речь идет о женщинах, самой природой призванных воспитывать детей, подавать им личный пример. Материалы ВОЗ свидетельствуют, что если сто лет назад соотношение между мужчинами и женщинами, злоупотреблявшими алкоголем, составляло 10:1, то теперь этот разрыв сократился почти вдвое (5:1). В США 20 процентов хронических алкоголиков — женщины.

По расчетам финского фонда изучения алкоголизма, с 1960 по 1968 год потребление алкоголя на душу населения в мире увеличилось на 17 процентов; резко возросло за тот же период и производство пива (41%), вина (15%), крепких спиртных напитков (40%)[1]. С 1958 по 1971 год употребление алкоголя в США подскочило на 32 процента (производство крепких спиртных напитков на 42%, вина — на 45%, пива — на 20%). В Канаде за 1956—1969 годы винодельческую продукцию стали покупать на 17 процентов больше. В Австралии ежегодно потребление алкоголя активизируется на 3,2 процента[2].

Наиболее значительный рост производства и продажи спиртного традиционно отмечается на Западе, а также во многих странах Азии и Африки, где постепенно снижается

---

[1] См.: Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х. Учебное пособие по наркологии, с. 24.

[2] См.: Лисицын Ю. П. Здоровье населения и современные теории медицины. М., 1982, с. 68.

реальное влияние религиозных запретов. Общая тенденция к наращиванию подобного рода показателей продолжается и в последнее десятилетие.

Что же это за путы — алкоголизм? Почему они так цепко держат человека? Истоки алкоголизма в приложении к капиталистическому миру были в полной мере вскрыты еще Ф. Энгельсом в работе «Положение рабочего класса в Англии». Безработица или изнуряющий труд, нищета, неуверенность в завтрашнем дне, безысходное будущее... При этом потребность рабочего в обществе «может быть удовлетворена только в трактире, так как нет другого места, где он мог бы встретить своих друзей. Как же ему... не испытывать величайшей тяги к вину, как ему устоять против искушения? Напротив, при таких обстоятельствах большая часть рабочих в силу моральной и физической необходимости *не может* не предаваться пьянству...»[1]. В столь всеобъемлющую характеристику причин алкоголизма время внесло лишь некоторые поправки: сюда добавляются сверхинтенсивная эксплуатация при засилье военно-промышленного капитала, изощренность способов контроля за образом мыслей и действий людей, невротизация и стремление к неестественным допингам, необходимым, чтобы противостоять постоянному жизненному напряжению.

В нашей стране, где ликвидирована социальная почва, питающая алкоголизм, пьянство, повторяем, зависит не столько от наличий микроконфликтов, неудовлетворенности отдельных людей, сколько от укоренившихся кое у кого пережитков прошлого, от пагубного влияния буржуазной морали и образа жизни на некоторые неустойчивые личности, от их распущенности, равнодушия окружающих к этому пороку, а также от несоблюдения и прямого нарушения официальных указаний об упорядоченности торговли спиртным.

Как и любую болезнь, алкоголизм гораздо легче пресечь в начале, чем бороться с ним в далеко зашедшей стадии. На первых порах еще относительно нетрудно остановить руку, протянувшуюся к очередной рюмке с водкой. С пьяницей не может быть примирения — борьба идет за жизнь. Современные методы лечения основываются прежде всего на повышении самосознания человека. Ради этого применяются и медикаментозная терапия, и гипноз, и ряд других мер. Ну,

---

[1] Маркс К., Энгельс Ф. Соч., т. 2, с. 336.

а как быть, если кто-то упорно отказывается от лечения? Разве здесь можно говорить о сознательности?

Мне вспоминается в этой связи история Бориса К. Как сейчас, вижу перед собой огромного двадцатилетнего парня с крепкими скулами и прищуренными глазами. Рядом с ним — сгорбленная, покрытая черной шалью старушка.

— Не возьму его домой, доктор, не могу — извел и нас, и соседей, каждый день напивается, буянит...

А парень, ухарски улыбаясь, перебивает ее:

— Брось, мать, один раз живем, чего скулишь — с водкой веселее!

Бориса К. хорошо знали в районном отделении милиции. Пьяница, хулиган, он житья никому не давал.

И лечиться не желал. Зачем, мол, мне и так хорошо. Есть алкоголики, которые отказываются и порывать с пьянством, и лечиться; есть и такие, которые пройдут специальный курс, выйдут из больницы и вновь, подобно Александру С., попадают под влияние своих собутыльников. Изо дня в день они деградируют, становятся социально опасными. Что же делать? Ведь больница и для Александра С., и для Бориса К., и для им подобных превращается, по существу, в вытрезвитель. Единственной мерой возвращения их к человеческому образу жизни могут оказаться меры принудительного лечения.

Как показывает опыт ряда зарубежных стран, одними запретами алкоголизм не искоренишь. Введение «сухого закона» влекло за собой выпуск самогона, порождало колоссальную спекуляцию, ставило перед обществом новые неразрешимые проблемы и в конце концов приводило к отмене запрета.

В реальном противодействии алкоголизму многое зависит от психологической атмосферы нетерпимости ко всем часто и много выпивающим. Определенная роль тут принадлежит и воспитанию «культуры питья», которая должна способствовать прекращению хаотического и неумеренного потребления спиртного, особенно крепких напитков, по поводу и без повода, разрушению привычек чуть ли не любое застолье сопровождать приемом алкоголя. Наряду с медицинскими профилактическими и лечебными мерами это может способствовать укреплению фронта борьбы с пьянством и хроническим алкоголизмом.

Благодаря заботам государства в настоящее время создана и активно действует единая служба, связавшая усилия различных учреждений и организаций в борьбе с алкоголизмом.

Во всех республиках утверждены «Положения о комиссиях по борьбе с пьянством», при Советах Министров союзных и автономных республик, областных, районных, поселковых Советах народных депутатов имеются межведомственные органы, направляющие и координирующие антиалкогольную работу. Четко налажена многозвеньевая система, в рамках которой врачи-психиатры, наркологи, специально подготовленный средний медперсонал могут оказать необходимую помощь людям, решившим порвать с алкоголизмом. Это наркологические диспансеры и стационары, существующие как самостоятельные медицинские учреждения, независимо от психиатрических диспансеров, наркологические кабинеты и отделения в общесоматических больницах, наркологические пункты и посты на производстве, ночные профилактории, кабинеты анонимного лечения. Новое — специализированные отделения, где терапевтическим мероприятиям подвергают больных алкоголизмом, не прекращающих трудиться. Принудительному лечению и трудовому перевоспитанию подлежат лица, пополняющие число хронических алкоголиков, если они упорно отказываются встать на спасительный путь. Их направляют в лечебно-трудовые профилактории судебные инстанции по рекомендациям медицинских комиссий. Во всех названных учреждениях соблюдается преемственность методов лечения и вторичной профилактики алкоголизма; работающие там специалисты располагают необходимым оборудованием и средствами. Много внимания уделяется и выпуску новых «противоалкогольных» лекарственных препаратов.

Правильное использование всех имеющихся возможностей — гарантия того, что распространению алкоголизма будет поставлен прочный заслон, вплоть до его полного искоренения.

ИЗВЕСТНОЕ И НЕИЗВЕСТНОЕ О ПРИЧИНАХ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Даже не очень подробное перечисление основных психических заболеваний свидетельствует о различных причинах их возникновения и о неодинаковости проявлений. Но в каждом случае требуются особые лечебные методы. И чем раньше они применяются, тем больше возможностей вернуть человеку здоровье. Именно потому необычные перепады настроения, изменение характера, излишняя подозрительность, не-

понятность поступков и т. д. должны вызывать настороженность как самого заболевающего человека, так его родных и близких. При этом не следует торопиться с выводами. Немецкий психиатр Э. Крепелин писал еще в начале нашего столетия: «Обыватель склонен видеть причину помешательства в случайном событии, душевном волнении, неудаче, в физическом недомогании, переутомлении и т. п. Напротив того, клиническое исследование учит, что влияние подобных внешних причин незначительно. Очень часто первые проявления начинающегося помешательства ошибочно считаются его причиной».

Какой-либо одной причины, вызывающей психические болезни, нет и не может существовать. Они бывают врожденными и приобретенными, полученными после травматических повреждений головного мозга или вследствие тяжело перенесенных инфекций, обнаруживаются в самом раннем детстве или в преклонном возрасте... Одни из причин уже выяснены наукой, другие пока еще точно неизвестны, но предполагаются. Исходя из этого различно и лечение.

Среди причин психических заболеваний детей — внутриутробные травмы, инфекционные и другие болезни матери в период беременности и как следствие — «уродства» новорожденного. В результате нервная система, головной мозг «строятся» неправильно. У некоторых детей наблюдается отставание в развитии, а иногда и непропорциональный рост мозга. Это, так сказать, явные, всем видимые причины ненормальности.

Есть и другие, действие которых тоже начинается во время внутриутробной жизни ребенка.

...Молодая мать с беспокойством рассказывала о своем восьмимесячном сынишке: «Он так хорошо растет, прибавляет в весе, но вот до сих пор никого не узнает, ничем нельзя привлечь его внимания, он не кричит, не плачет, не бывает доволен или недоволен — он, кажется, ничего не понимает...»

Исследование мальчика, к сожалению, подтвердило опасение матери — у него оказалась выраженная степень слабоумия. Изучение подобных случаев показало, что нередко в их основе лежат обменные нарушения в формирующемся организме, приводящие к нехватке тех или иных необходимых веществ. Удалось расшифровать и целый ряд «условий» этих нарушений. Например, выявлено определенное значение фенилпировиноградной кислоты, искаженный синтез которой и ведет к психической неполноценности ребенка.

У некоторых умственно отсталых детей причина заболевания кроется в наследственных факторах, обусловленных неправильным расхождением хромосом. В клетках организма человека 23 пары хромосом. В частности, аномалии в системе 21-й пары вызывают болезнь Дауна.

Так же, как и у детей, перенесенные в любом возрасте контузии, ранения, ушибы, наконец, сотрясения мозга могут провоцировать психические нарушения. Они проявляются либо сразу же, непосредственно после травмы (психомоторное возбуждение, потеря памяти и другие), либо спустя какое-то время, даже через ряд лет (в виде различных отклонений, в том числе и судорожных припадков).

Не менее опасны инфекционные заболевания — сыпной и брюшной тиф, скарлатина, дифтерия, корь, грипп и особенно энцефалиты и менингиты, поражающие в первую очередь головной мозг и его оболочки. Характерный пример — история выявления причины слабоумия у больных прогрессивным параличом, составлявших одну из самых многочисленных и неизлечимых групп психически больных в прошлом и в начале нашего столетия. Датский профессор Стеинберг в середине XIX века был одним из наиболее известных венерологов в Копенгагене и поэтому знал многих больных, лечившихся у него в клинике от сифилиса. В 1850 году он случайно попал в психиатрическую лечебницу и, проходя по ее коридорам вместе с коллегами-психиатрами, увидел многих своих бывших пациентов в состоянии глубокого слабоумия. Это навело его на мысль о бесспорной связи перенесенного сифилиса и прогрессивного паралича, протекающего со специфической картиной нервных и психических расстройств. Профилактика сифилиса, его раннее и эффективное лечение имеющимися сейчас лекарственными средствами счастливо лишили современных психиатров контингента больных с такими частыми в недавнем прошлом и роковыми диагнозами, как сифилитическая неврастения, сифилитический менингит, галлюцинаторная, параноидная и многие другие формы сифилиса.

Травмы и инфекционно-воспалительные процессы, доброкачественные и злокачественные опухоли, лучевое поражение, изменяя структуру мозга, «ломают» и его функции.

Нельзя не назвать также различные токсические, ядовитые вещества. Это прежде всего, как говорилось, алкоголь и другие наркотики, постепенное накопление которых в организме неминуемо порождает те или иные психические рас-

стройства. Это и быстродействующие яды — угарный газ, тетраэтилсвинец, большие дозы акрихина и т. д.

В происхождении не только пограничных нервно-психических расстройств, но и психозов часто «виноваты» психические травмы. Попадая в трудные обстоятельства, некоторые люди так реагируют на них, что порой их поведение смыкается с патологией. Однако этим так называемым реактивным психозам свойственна четкая причинная зависимость, «звучание» волнующей темы во всех переживаниях больного и относительная кратковременность.

«Роковая» роль психической травмы при шизофрении, эпилепсии и других болезнях иногда значительно преувеличивается. Стоит болезненным нарушениям появиться у человека после нервной встряски, как многие его родственники и знакомые сейчас же объясняют все имевшим место потрясением, путая толчок, повод к развитию недуга и его истинную «внутреннюю» причину.

Психическое заболевание, как и любой другой болезненный процесс, «мешает» функционировать механизмам, поддерживающим здоровую, нормальную жизнедеятельность организма. Резкое нарушение этих механизмов бывает редко, только при грубых физических воздействиях. В большинстве же случаев победа болезни не дается легко, организм борется и сопротивляется, привлекая на помощь все резервные силы. В этой борьбе существует множество факторов, способствующих перевешиванию «болезненной» чаши весов. Например, любое заболевание, плохое (лучше сказать — нерациональное) питание, чрезмерное охлаждение или перегрев, переутомление, отрицательные эмоции и т. д. Все эти обстоятельства, а тем более их совокупность ослабляют человека и тем самым «освобождают путь» болезненному процессу.

Эти же причины на каком-то этапе могут стать решающими для «оформившихся» проявлений психических нарушений, «включить» соответствующий пусковой механизм, что иногда ошибочно принимается за истинное болезнетворное начало. Такое же непосредственное, хотя и далеко не всегда основное значение имеют и психические травмы.

Науке сегодняшнего дня известны и другие причины, временно вызывающие психические расстройства (но не болезни!). Например, длительная изоляция людей в «пустоте», без звуковых и других раздражителей. При подготовке космонавтов проводились эксперименты в сурдокамере, где имитировалась обстановка одиночества и другие условия, с кото-

рыми космонавт может встретиться в полете. При этом у некоторых испытуемых появлялись иллюзии, галлюцинации и бред. Они бесследно исчезали после прекращения эксперимента или изменения его характера.

Человек неотделим от окружающего мира с его различными, порой внешне незаметными раздражителями. При полной искусственной изоляции прекращаются привычные воздействия на все органы чувств. Нетренированному человеку, оказывается, трудно без них обойтись.

Как видно даже из столь беглого перечисления, сегодня психиатрия на вопрос: почему возникает то или иное заболевание, может ответить достаточно исчерпывающе. А это значит — верным курсом двигаться к устранению его причин. Такое общее для науки положение полностью подтверждается на примерах успешной профилактики и лечения больных с рядом нервно-психических расстройств.

В какой-то мере особняком пока стоит шизофрения. Многочисленные и многопрофильные исследования ее основы, наверное, могут сравниться только с исследованиями в области онкологии. На протяжении последних 30—40 лет ни одна из вновь выявленных причин не выдерживала испытания временем, неизменно «перемещаясь» в число второстепенных. Назывались те или иные нарушения целостности отдельных структурных частей мозга, наследственные факторы (повышенная частота заболевания в семьях больных шизофренией), изменения групп и состава крови, наличие особого «вируса» в организме, эндокринные неполадки и т. д. В настоящее время большинство ученых сходится на том, что в основе шизофрении лежат внутренние, эндогенные дисфункции, способствующие извращению обменных процессов и появлению токсических продуктов, которые расстраивают четкие механизмы мозга.

Выявить их психиатрия еще не может. Дело в том, что шизофрения и ряд других психозов — человеческие болезни, а это во многом затрудняет постановку опытов на животных и обезоруживает экспериментаторов. Вторая принципиальная трудность заключается в том, что психическая деятельность человека возможна только при работающем мозге. Если нет жизни и определяющих ее многогранных белковых превращений, нет ассимиляции и диссимиляции питательных веществ — нет и психической деятельности. Если человек погиб — любые «находки» в значительной степени спорны. Следовательно, как в нормальной, так и в болезненно измененной работе мозга нужно пытаться разобрать-

ся при жизни человека. Имеющиеся методы исследования, очевидно, все еще недостаточно точны, чтобы свидетельствовать о механизмах нарушенного мышления, эмоций, понятий. Они не позволяют наблюдать эти процессы непосредственно, хотя и дают все более четкие представления о косвенных биологических эквивалентах и в норме, и при болезненных проявлениях. Сейчас применяются различные биохимические, электрофизиологические, биофизические, спектро- и электрометрические, математические и прочие методы. Вероятно, они окончательно расшифруют «интимные» энергетические взаимоотношения в центральной нервной системе и подведут к пониманию истинных причин эндогенных психозов.

«Загадочность» шизофрении и некоторых других психических расстройств затрудняет задачу врача, но отнюдь не обезоруживает его. Как мы это увидим в дальнейшем, сказанное справедливо прежде всего в отношении использования современных психофармакологических средств.

ЧАСТО ЛИ ВОЗНИКАЮТ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА?

Спрашивают об этом не случайно. Интенсивность промышленного и сельскохозяйственного производства, темпы событий с каждым днем несомненно нарастают. Многие люди в связи с этим испытывают нервные перегрузки. Ведь еще в прошлом веке большинство населения ныне развитых европейских стран жило тихо и мирно в провинциальных городках и селах, не ездило по железным дорогам и на автомобилях, не пользовалось электроэнергией, не подозревало о реактивной авиации и об атомной бомбе. Как же умственное напряжение отразилось на частоте возникновения не только пограничных форм нервно-психических расстройств, но и основных психозов?

Отвечая на этот вопрос, надо учитывать, что они, как уже отмечалось в начале книги, появились еще задолго до железной дороги и паровой машины. Среди жителей первобытных племен, сохранившихся и в наши дни на отдаленных островах и значительно отстающих в своем развитии от современного человека, также наблюдаются психические заболевания.

Э. Крепелин в 1903 году специально изучал состояние

туземцев острова Ява. Он установил психоз, рассматриваемый в рамках шизофрении, у 77 процентов обнаруженных психически больных. Следовательно, это заболевание не зависит ни от каких внешних причин, имеющихся в цивилизованных странах, но отсутствовавших на острове. Так что прогресс культуры, науки, техники ни в коей мере не является «источником» ни шизофрении, ни других психических болезней.

И все же, как мы говорили, пороки капиталистического общества, безработица, жестокая конкуренция, неуверенность в завтрашнем дне делают человека нервным. Они не только не создают условий для расцвета гармоничной, всесторонне здоровой личности, но способствуют распространению психических расстройств, в первую очередь неврозов.

Наряду с этим существуют достаточно общие, «универсальные» негативные факторы, порождаемые цивилизацией и присущие всем странам мира. Читатель, должно быть, помнит: к ним относится ослабление личных контактов людей за счет опосредованных форм общения при помощи технических средств — радио, телефона, телевидения, кино и т. д. В известной мере можно считать, что эти удобства, подаренные человечеству прогрессом и расширяющие наши контакты, одновременно снижают их «качество». Отсюда нередкое превалирование утилитарных связей над чувственными, эмоциональными. Научно-техническая революция, усиливающая ритм и интенсификацию психической деятельности человека, заменяющая физические нагрузки умственными, требует от него подавления эмоциональной реактивности. Человек все чаще вынужден держать свои эмоции заторможенными, иначе он не справится с весьма сложными обязанностями. Это может провоцировать невротическую ситуацию, усугублять напряжение, что увеличивает возможность возникновения психического заболевания.

Другая, не менее важная причина — своеобразная «плата» современников за приспособление (адаптацию) к быстро изменяющимся условиям существования. Установлено, что у многих людей из-за избыточного шума притупляется слух, сидячий образ жизни и отсутствие физических нагрузок приводят к так называемой гипокинезии — ослаблению функциональной активности мышц, сердечно-сосудистой системы, пищеварения и т. д. Многочисленные неблагоприятные влияния на человека, загрязнение окружающей, а вслед за этим — «внутренней» среды вызывают и токсическое отравление,

и общее ослабление организма, на фоне которого гораздо скорее могут «привиться» или обостриться нервно-психические расстройства.

Действие названных факторов особенно сильно сказывается в обстановке урбанизации. Доказано, что чем крупнее город, тем больше в нем встречается больных с различными нервно-психическими нарушениями. Интересно отметить, что в 1900 году городское население земного шара составляло лишь 13,6 процента, а сейчас города сконцентрировали в себе львиную долю жителей развитых стран. К концу XX века, как считают специалисты, эта тенденция примет новые формы — появятся города-супергиганты (предполагается, что их в скором времени будет свыше 25, причем в шести городах население к XXI веку превысит 20 миллионов — в Сан-Паулу, Шанхае, Токию, Нью-Йорке, Пекине и Мехико)[1]. Естественно, «неудобства» для нервных людей со временем увеличатся, усугубятся имеющиеся и теперь «психологические конфликты» человека в огромном городе. Они в известной мере парадоксальны и связаны, с одной стороны, с одиночеством человека среди «толпы», а с другой — тягой к одиночеству в противовес каждодневной сутолоке.

Пожалуй, тут невольно отдашь предпочтение «патриархальным» отношениям, которые еще держатся в деревнях, маленьких поселках, городках. Здесь каждый на виду, люди хорошо знают жизнь своего окружения. Горе, радость, перемены в семье и пр.— все быстро становится общим, а реакция на события объединяет или разъединяет, но никого не оставляет безучастно-равнодушным. В крупных городах неизбежна потеря душевной взаимосвязи: порой соседи на лестничной площадке не считают нужным знакомиться, что же тогда говорить о восприятии людей на многолюдной улице, в просторном магазине, концертном зале... В этом невольном отчуждении в какой-то мере «виновата» защитная психическая броня организма. Если реально принимать участие в жизни нескольких человек или даже нескольких десятков людей, то «вжиться» и отреагировать на индивидуальные переживания тысяч — просто невозможно. Не в этом ли причина городского безразличия, из-за чего мы можем ощутить себя одинокими и в бурлящей толпе?..

И как оборотная сторона медали быта современных городов и супергигантов недалекого будущего — неосущест-

---

[1] См.: Правда, 1982, 29 сент.

вимость стремления к одиночеству в тех случаях, когда оно необходимо. Надо дать возможность человеку, особенно занимающемуся творческим трудом, иногда побыть в покое и тишине. Для чего? Чтобы «снять тормоза», раскрепоститься, сосредоточиться на целенаправленном «думании». Именно в такие периоды созревают наиболее продуктивные замыслы. С другими людьми творец их лишь обсуждает, уточняет и реализует. Между тем навязываемый нам ритм на улице, в транспорте, на работе, дома будоражит наши чувства, что затрудняет процесс глубоких раздумий, анализ собственного бытия, своих и чужих поступков. Это накладывает отпечаток на характер человека, стереотип его поведения, подвергает испытанию наиболее хрупкую — эмоциональную сферу.

Одновременно необходимо оберегать себя и близких людей от одиночества. Общение нужно человеку как воздух. Каждый из нас «вместе со всеми» и «сам по себе». В единстве этого противоречия заключено понимание того, что «я» и «мы», «мое» и «наше» никогда не бывают одинаковы. Любой человек как бы носит ощущение двух миров — внешнего и внутреннего, в котором внешнее неизменно преломляется в индивидуально значимое. Мы не одиноки и не изолированы друг от друга и постоянно находимся в определенных системных связях. Личные интересы могут совпадать с интересами окружающих, а могут и противостоять им. Лишь в том случае, когда «мое» и «наше» сливаются в единое целое, появляется целеустремленность, объединяющая людей.

Может быть, даже существует некий закон человеческих контактов: сколько вкладываешь душевных сил, столько и получаешь. Чужие эмоции можно включить только собственными. Нельзя жить холодной жизнью и требовать от окружающих душевного тепла. Наверняка нетрудно припомнить множество примеров, подтверждающих справедливость этого закона, и вряд ли отыщутся убедительные доказательства его несостоятельности. Человеку с нарушенной координацией затруднительно или вовсе невозможно точно выполнять какие-либо действия. Человеку с нарушенными душевными контактами сложно двигаться по жизненному пути. Тонкие душевные «доводки» во взаимоотношениях между людьми помогают строить судьбу и решать многие жизненные задачи.

...Обсуждая вопрос о частоте психических заболеваний, не следует сбрасывать со счетов и такие важные факторы, как социальные потрясения, войны, несчастные случаи. До

сих пор к психиатрам продолжают обращаться за помощью люди, получившие ранения, контузии, увечья во время второй мировой войны. Прошли годы, сровнялись и заросли травой воронки от миллионов бомб, а тысячи людей помнят разрывы снарядов — нервные и психические нарушения не дают им возможности забыть об этом.

Проявления болезненных переживаний, «материал», на котором они «строятся», конечно, меняются — это зависит от уровня развития, индивидуального опыта, интеллекта, запаса и характера знаний человека. Сто лет назад в бредовых переживаниях не фигурировали, например, события, происходящие на борту самолета; двадцать пять лет назад больные еще не называли себя космонавтами. Люди просто не знали о самолетах и космических ракетах. Содержание бреда и другие патологические нарушения формируются на базе знакомых человеку образов и понятий. Об этом знаменитый французский психиатр Ф. Пинель еще в 1838 году сказал: «Идеи, доминирующие в каждом столетии, оказывают могучее влияние и на распространенность, и на характер помешательства». Французский исследователь Каневаро провел статистический подсчет изменений в течение десятилетий многих психических нарушений. В частности, он показал, что бред величия, встречавшийся в 1886 году у 24 процентов больных, в 1916 году остался лишь у 17, а в 1946 году — у 10 процентов. Эту «кривую» автор объясняет тем, что в мире стало меньше людей, производящих впечатление только своим могуществом и властью. Во много раз снизилась и боязнь «проклятости».

Наряду с этим поползла вверх частота бреда преследования (с 23 процентов в 1860—1870 годах до 47 процентов в 1957—1958 годах) и ощущения больными постороннего воздействия (с 12 до 22 процентов). Специалисты отмечают также значительный рост депрессивных расстройств. По некоторым подсчетам, их возникновение среди жителей развитых стран возможно у каждого четвертого человека, причем у 4—6 процентов населения встречаются выраженные формы депрессии, требующие обязательного лечения у психиатров. Установлено, что в последнее десятилетие свыше 8 миллионов американцев ежегодно обращаются по поводу депрессии за врачебной помощью. Мы говорили: это непосредственно связано с ускорением «жизненного бега» и увеличением «препятствий», которые приходится преодолевать. Таково в общем отражение «эволюции» мировосприятия в искаженном сознании. Кстати, в развитых странах, в отли-

чие от социально и экономически отсталых, религиозно-демонические переживания больных постепенно уступают место переживаниям, «замешанным» на научных и технических идеях современности.

Помимо, так сказать, фабулы бреда меняется форма выражения и течения ряда основных психических заболеваний. Наблюдается, к примеру, лекарственный патоморфоз (перемена болезненной картины) шизофрении, эпилепсии, неврозов и т. д. Благодаря психофармакологическим средствам быстро снижается интенсивность возбуждения, что переводит больного из «острого» состояния в «подострое» и «заштопривает» симптоматику. Некоторые лекарственные препараты, принимаемые без должного врачебного контроля и нередко длительное время, могут вызывать побочные эффекты — сонливость, вялость, дрожание пальцев рук, непоседливость и др. Это тоже видоизменяет привычную картину заболевания.

Если по поводу того, что с развитием культуры увеличивается или уменьшается риск тех или иных нервных срывов, можно спорить, имея в виду в первую очередь социальные взаимоотношения людей, то бесспорным является тот факт, что, развиваясь, наука учится лечить и предупреждать психические болезни. Наиболее показательно это, как помнит читатель, в отношении сифилитического поражения нервной системы, которое в течение нескольких столетий «лидировало» среди всех инфекций, вызывающих психические расстройства. По статистическим данным конца XIX и начала XX века, причиной 20 процентов психических заболеваний в Европе был сифилис. В настоящее же время их число не превышает 0,2 процента. За несколько десятилетий в сто раз сократилось количество больных этой группы! Другой пример — четко выявляемое в наши дни снижение частоты заболеваний эпилепсией в развитых странах по сравнению с развивающимися. «Хроника ВОЗ» за 1979 год констатирует: в ряде областей и районов — в Аккре (Гана), ЮАР (племя банту), в Заире, Южной Родезии и др.— распространенность больных эпилепсией в 4—5 раз выше, чем в цивилизованных государствах. Это вызвано плохими жизненными условиями, недостатком врачей, религиозным страхом перед «припадочными». Ликвидируются эти причины — пойдет на спад эпилепсия.

Но вот, казалось бы, парадокс. Прогресс культуры, науки, общественных отношений косвенным образом все же «увеличивает» число душевнобольных. Происходит это благода-

ря... улучшению медицинской помощи. Медики строже классифицируют своих пациентов, более избирательно ставят диагноз, в результате чего психиатрия выходит за рамки специальных больниц и активно вмешивается в лечение людей, остававшихся раньше без внимания. Естественно, что это пополняет данные статистического анализа.

Нельзя оставить в стороне также значительный рост населения. Историки единодушны в том, что 500 тысяч лет назад на нашей планете было несколько десятков или сотен тысяч людей. К 1000 году их численность едва перевалила за 300 миллионов. Сейчас на планете живет свыше 4,6 миллиарда человек, но ожидается, что к 2000 году население земного шара превысит 6 миллиардов. Совершенно очевидно, что среди сотен тысяч людей психически больных несравненно меньше, чем среди нескольких миллиардов. Так что общее число их увеличивается.

В наши дни психически больные во многих странах Европы и Северной Америки занимают больше больничных коек, чем больные раком, туберкулезом и сердечно-сосудистыми заболеваниями, вместе взятые. Кроме того, на каждого пациента психоневрологической лечебницы — по данным ЮНЕСКО — за стенами медицинских учреждений приходится два человека с теми или иными психическими недостатками. Этих людей нельзя госпитализировать — они «недостаточно больны», но и жить здоровой, счастливой жизнью они не могут. Немало подопечных поликлиник тоже жалуются на нервные расстройства.

Несмотря на огромные сложности статистических исследований (неодинаковые методы подсчета, своеобразие понимания отдельных форм болезней, различные возможности выявления заболевших и т. д.), имеющиеся сведения дали основание предполагать: в мире насчитывается не менее 50 миллионов психически больных, что составляет примерно 17 человек из каждой тысячи населения. (Данные Б. Дмитриева.) По другим сведениям, эта цифра должна быть увеличена до 70—100 человек на тысячу населения, что соответствует 7—10 процентам. Ряд же авторов называют иную цифру — 20 процентов[1].

В США психические заболевания — одна из главных национальных проблем. По подсчетам Федеральной службы

[1] См. сб.: Психическая заболеваемость в некоторых странах в XX веке. М., 1972.

здравоохранения, каждый 16-й человек в Америке находится какое-то время на лечении в психиатрической больнице, а по сообщению Национальной ассоциации по борьбе с психическими заболеваниями, один из десяти жителей США «страдает какой-либо формой психического или нервного заболевания (от легкого до тяжелого), требующего обращения к психиатру». За 50 лет, с 1910 по 1960 год, в США количество госпитализированных психически больных увеличилось в 4 раза, население же за этот период лишь удвоилось. В 1971 году через руки американских психиатров прошло 4 миллиона человек (2,4 процента жителей страны). К 1975 году их было уже 5 миллионов. Материалы Президентской комиссии по психическому здоровью свидетельствуют о том, что на апрель 1978 года не менее 15 процентов населения США нуждалось в медицинской помощи из-за психических расстройств. Особую озабоченность вызывают дети: 10 процентов охвачено психическими болезнями.

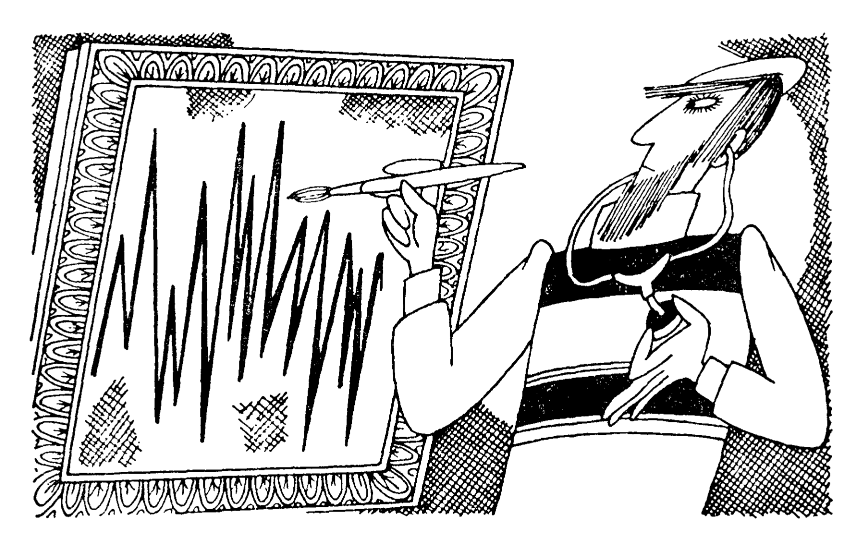
В специальном обзоре отдела экономики здравоохранения Англии, составленном почти 20 лет назад, отмечается, что психические заболевания представляют собой важнейшую социальную, экономическую и медицинскую проблему, и в подтверждение этого приводятся довольно внушительные цифры. Так, например, «ненормальными» занято около половины всех больничных коек Англии. Причем поступление их увеличилось с 55 тысяч человек в 1949 году до 114 тысяч в 1960-м. В Лондоне из каждой тысячи жителей более чем у ста человек имеются психические расстройства. На протяжении только 1963—1964 годов в стране было потеряно по этой причине 32 миллиона рабочих дней. Национальная ассоциация Англии по охране психического здоровья, суммируя факты, пришла к выводу, что каждая девятая девочка и каждый четырнадцатый мальчик, которым сейчас по шесть лет, в течение своей жизни поступят в специализированный стационар.

В Советском Союзе число больных неврозами и другими формами пограничных нервно-психических расстройств (об этом уже шла речь в специальной главе, посвященной пограничным состояниям) меньше, чем в крупнейших капиталистических государствах, однако уровень заболеваемости шизофренией, эпилепсией и другими психическими болезнями фактически оказывается таким же.

Проблемы психического здоровья важны и актуальны не только для медицины, но и для всей социальной жизни

современного человечества. В первую очередь это относится к высокоразвитым странам.

Так что на вопрос: часто ли возникают психические заболевания, можно ответить вполне определенно. Да, они, к сожалению, возникают достаточно часто. И врачам-психиатрам пока еще рано задумываться о перемене профессии. Наоборот, необходимо постоянное внимание всего общества к нуждам психиатрии, улучшение и расширение возможностей оказания медицинской помощи каждому психически больному человеку.



Глава 7

ТАЛАНТ, ТВОРЧЕСТВО И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

ОТ ПРИРОДНОГО ДАРОВАНИЯ К ТВОРЧЕСКОЙ ЛИЧНОСТИ

Имеется ли какая-нибудь связь между чертами характера, степенью таланта и творчеством? При всей сложности поставленного вопроса и малой вероятности его универсального решения, наверное, можно рискнуть дать положительный ответ.

Знание основ психической жизни человека в норме и патологии служит одним из важнейших условий понимания природы творчества, своеобразной отправной точкой раскрытия секрета творческой индивидуальности.

У каждого есть выраженные в неодинаковой степени те или иные задатки. Они определяют, например, способность производить счетные операции, рифмовать слова, запоминать прочитанное или услышанное, улавливать различия в размерах, форме, движении окружающих предметов, их окраске, в музыкальных звуках и так далее. Сами эти задатки предопределены особенностями биологических механизмов, составляющих основу сознательной и подсознательной психической деятельности, в свою очередь зависящих от генетической и конституциональной предрас-

положенности. (Прежде всего от функциональной системы, которая обеспечивает получение и анализ информации.)

Разовьются ли имеющиеся задатки, благодаря чему человек станет думать, рассуждать, решать какие-то проблемы лучше других, что позволит ему увидеть явления природы с иной, неожиданной стороны,— это уже «компетенция» не столько биологических, сколько социальных факторов: условий жизни, полученных знаний, воспитания, усвоения трудовых навыков.

Лишь в том случае, если задатки «подкреплены» способствующей их росту объективной действительностью, может сформироваться активная творческая личность. К. Маркс отмечал, что не каждый, в ком заложен талант Рафаэля, сделается им на самом деле: «Рафаэль, как и любой другой художник, был обусловлен достигнутыми до него техническими успехами в искусстве, организацией общества и разделением труда в его местности и, наконец, разделением труда во всех странах, с которыми его местность находилась в сношениях. Удастся ли индивиду вроде Рафаэля развить свой талант,— это целиком зависит от спроса...»[1]

Слово «талант» в переводе с греческого языка обозначает «природное дарование». В античном мире талантом называли наиболее крупную денежно-весовую единицу. Позднее прижилось переносное значение этого понятия. Талантливым обычно считают человека с высокой степенью одаренности, обеспечивающей ему наиболее успешное выполнение той или иной работы.

Г. В. Плеханов специально подчеркивал: «Чтобы человек, обладающий талантом известного рода, приобрел благодаря ему большое влияние на ход событий, нужно соблюдение двух условий. Во-первых, его талант должен сделать его более других соответствующим общественным нуждам... Во-вторых, существующий общественный строй не должен заграждать дорогу личности, имеющей данную особенность, нужную и полезную как раз в это время»[2].

Если ребенок, одаренный к музыке, рисованию, математике, попадет в «чуждую» ему обстановку, то он останется просто человеком с неразвитыми задатками. Если от талантливого живописца требовать только чертежную работу или заставлять его заниматься вообще чем-то другим, то творческого вклада в живопись он внести не сможет. И наоборот,

[1] Маркс К., Энгельс Ф. Соч., т. 3, с. 392.
[2] Плеханов Г. В. К вопросу о роли личности в истории.— В кн.: Избранные философские произведения, т. 2. М., 1956, с. 327.

при соответствующем стимулировании талантливый человек может видеть дальше других, чувствовать глубже, творить продуктивнее, идти наперекор установившимся канонам; ему под силу бесценные открытия, обогащающие науку, технику, производство, культуру.

Творческий процесс основывается на «банке» памяти, особенностях мышления и всех других механизмах психической деятельности, но вместе с тем он как бы и «саморазвивает» сознание. Схематически творческий процесс можно представить в виде следующих звеньев: постановка задачи и расчленение ее на частные «подзадачи»; разработка общего принципа (идеи) и предположения (гипотезы); проверка гипотезы и создание реального «продукта». В действительности эти звенья не изолированы друг от друга, а взаимно переплетаются. Однако очень часто прослеживается именно такая последовательность. На основе анализа крупнейших научных открытий и изобретений академик Б. М. Кедров выделяет: 1) длительную подготовительную фазу, 2) сравнительно короткую и быстротечную фазу («в форме скачка») рождения основной идеи и 3) фазу ее совершенствования. Изучая историю создания Д. И. Менделеевым периодического закона изменения свойств химических элементов, Б. М. Кедров подсчитал, что подготовительная фаза заняла пятнадцать лет, само открытие было сделано в течение одного дня, а его последующая «шлифовка» потребовала многих лет напряженных усилий.

Классические творческие достижения никогда не были результатом горячности или везения. В их основе — стабильность и фундаментальность целенаправленного труда. Выбор задачи в этих случаях не носит случайный характер. Творческий замысел определяется запросами общества, духовной и материальной потребностью человека и всегда, следовательно, социален. Созревание идей — вероятно, наиболее сложно учитываемое проявление психической деятельности. Как раз в этом сказывается экстраординарность личности. Однако полноценность творческого акта — не в возникновении идеи, гипотезы, а в их воплощении в конечный результат, который воспринимается, понимается и оценивается другими людьми. При этом важно искусство обдумывания и рассуждения, состоящее, по словам английского философа Уайтхэда, в том, чтобы сразу подойти к вопросу с правильной стороны, ухватиться за ряд общих идей, которые проясняют целое, и настойчиво группировать вокруг них все второстепенные факты. Нельзя стать хорошим

аналитиком, пока на практике не научишься понимать, насколько необходимо схватить главную идею и держать ее мертвой хваткой.

Ч. Дарвин, вспоминая собственные творческие искания, писал: «Мой успех, как человека науки... является результатом сложных и разнообразных умственных качеств и условий. Самыми важными из них являются: любовь к науке, безграничное терпение при долгом обдумывании любого вопроса, усердие в наблюдении и собирании фактов и порядочная доля изобретательности и здравого смысла...» Все эти качества так или иначе присущи одаренным людям, какой бы «сфере» они себя ни посвятили. Направленное творчество предполагает поиск новых методов и способов для раскрытия и объяснения не выявленных связей в той или иной области взамен или в дополнение к общеизвестным и достаточно укоренившимся. При этом у человека постоянно имеется индивидуально-субъективная оценка реально существующих фактов. Она-то может позволить или, наоборот, не позволить внести свой вклад в изучаемый вопрос.

Использование результата творческого труда не определяется биологическими и психологическими факторами. Труд любого человека, в том числе и талантливого, принадлежит обществу, выработавшему у него систему идеологических, эстетических и политических взглядов. С течением времени «материализованная вещь», созданная конкретным человеком, закон природы, открытый ученым, как бы отделяются от своего создателя и живут независимо от него, оцениваемые современниками и последующими поколениями. Однако первоначальное внимание к результату творчества нередко «подогревается» интересом к судьбе и особенностям личности автора. Об этом свидетельствует множество примеров в науке и искусстве. Судьба творца часто служит средством пропаганды, а жизненное положение и возможности способствуют внедрению его дела в практику.

Социальные условия могут вдохновлять, «будоражить» талант или же, напротив, угнетать его. Научно-техническая революция, свидетелями и участниками которой мы являемся, все больше требует как раз творческих способностей. Исполнительские функции отдельных категорий рабочих, техников, инженеров, служащих уступают место творческому созиданию. Трафаретные решения уже мало кого устраивают при выборе пути выполнения того или иного задания. Да и раз-

витие ряда отраслей знания немыслимо без коллективного участия многих людей. Для разгадки еще сохранившихся тайн природы нужны тщательно спланированные «атаки», непосильные одному, даже самому выдающемуся человеку. Личное творчество органично сливается с общим. При хорошей организации работы в целом раскрываются потенциальные возможности каждого.

Талант человека проявляется только в его деятельности. Об этом очень образно сказано в гениальной поэме Шота Руставели «Витязь в тигровой шкуре»: «Если действовать не будешь, ни к чему ума палата». То новое, что удалось человеку постигнуть и создать силой своего воображения, выкладывает следующую ступеньку для взлета человеческого ума. Коль скоро этого не произошло и человек не смог распорядиться своими знаниями и талантом, вместе с его смертью исчезает и все приобретенное им, и все, что от него потенциально можно было ожидать. Если богатство знаний не воплотилось в конкретную «отдачу», большинство того, чем обладал человек при жизни, оказывается бесполезным. Только новое и оригинальное, что он успел сделать, пополняет общую копилку. Иными словами, если труд создал человека, то творчество развивает человечество. На вечный вопрос, зачем рождается человек, есть много ответов, но самый точный, наверное, связан с пониманием необходимости каждому творчески осмыслить историческое наследие и внести свою, пусть скромную, лепту. Духовные ценности нетленны. В этом заключен великий смысл социальной преемственности жизни.

Покажет ли себя талант или утонет в безбрежном море благих намерений зависит и от волевых качеств человека, его способности доводить до конца начатое. Вот мнение советского авиаконструктора А. С. Яковлева: талант — «не дар божий, при котором можно без глубоких знаний, опыта, труда творить. Талант — пустой звук, если человек не работает. Талант — это труд, труд и еще раз труд. И — терпение. Потому что не все идеи тут же претворяются в жизнь». Человек, обладающий тем или иным дарованием, обязан уметь им пользоваться, иначе оно бесследно исчезнет. «Талант,— по словам А. М. Горького,— как породистый конь, необходимо научиться управлять им, а если дергать повода во все стороны, конь превратится в клячу».

Отношение к истинно талантливому человеку со стороны окружающих требует внимания, такта, а иногда и большой терпимости. Поддерживая его и стараясь создать оптималь-

ные условия, вероятно, не стоит забывать, что они всегда индивидуальны.

Например, Н. В. Гоголь так характеризует разницу обстановки, способствовавшей творческому подъему у него и у А. С. Пушкина: «Странное дело, я не могу и не в состоянии работать, когда я предан уединению, когда не с кем переговорить, когда нет у меня между тем других занятий и когда я владею всем пространством времени, неразграниченным и неразмеренным. Меня всегда дивил Пушкин, которому для того, чтобы писать, нужно было забраться в деревню, одному и запереться. Я, наоборот, в деревне никогда ничего не мог делать, и вообще я не могу ничего делать, где я один и где я чувствовал скуку».

Многие безусловно талантливые люди оригинальны в чувствах, мыслях, поступках. Они в высшей степени «нестандартны» (если вообще можно говорить о «стандарте» человека), некоторым из них не дается решение банальных вопросов. Известно, скажем, что именно в связи с этим композитор Верди не выдержал экзамен в Миланскую консерваторию, Чарлз Дарвин был отчислен из Эдинбургского университета, Альберт Эйнштейн не смог сдать приемные экзамены в Цюрихский политехникум. Эти примеры можно было бы продолжить. Они лишний раз показывают, насколько важно строго индивидуально и особенно доброжелательно подходить к каждой «заявившей о себе» личности.

Талант может быть обнаружен у людей, занимающихся самой разнообразной деятельностью. Наиболее наглядно он проявляется в научном и художественном творчестве. При всей несхожести выдающихся представителей науки и искусства, судя по многочисленным описаниям биографов и исследователей, бросаются в глаза несколько достаточно общих для них черт характера. Это одухотворенная страстность, повышенная впечатлительность, деятельное воображение, изощренная фантазия, быстрота и обобщенность анализа, почти постоянная работа мысли («неотступное думание»), складывающаяся в целенаправленное, хотя далеко и не всегда предсказуемое, мышление и поведение.

Альберт Эйнштейн писал в одном из своих писем: «...соединение интуиции и воображения является, возможно, основной отличительной чертой продуктивной мысли, которая уже значительно позже оформляется в логический порядок слов или других знаков, посредством кото-

рых можно передать ее другим. Привычные слова и другие знаки с усилием отыскиваются уже во вторую очередь, когда упомянутая ассоциативная игра уже достаточно закреплена в памяти и может быть по желанию воспроизведена вновь».

Если в наиболее общей форме попытаться ответить на вопрос, не что характерно, а, наоборот — что несовместимо с творческой деятельностью, то правомерно сказать: скованный темперамент, постоянная боязнь порывов и совершения ошибок, равнодушие к успеху.

Яркость одаренного человека, привлекающая к нему внимание, неповторима. Она может «светить» в разных условиях и поворачиваться разными гранями, может притягивать теплотой и отталкивать холодным блеском, но это всегда отражение собственного, оригинального видения мира.

Талант позволяет достаточно легко постигать высоты профессионального мастерства, когда имеющиеся замыслы уже не упираются в возможности, а все усилия сосредоточены на том, как лучше, совершеннее, быстрее воплотить их в жизнь. Вероятно, именно это хотел подчеркнуть один из спортивных журналистов в своем репортаже с гимнастических соревнований: не надо быть большим знатоком, чтобы заметить разницу между хорошим и талантливым гимнастом; хороший — бросает вызов силе земного притяжения, выдающийся — просто ее игнорирует. Это образное сравнение приложимо к любому виду человеческой деятельности.

Говоря о литературном таланте Шоу и музыкальном — Моцарта, Альберт Эйнштейн заметил: «В прозе Шоу нет ни одного лишнего слова, так же как в музыке Моцарта нет ни одной лишней ноты. То, что один делал в сфере мелодий, другой делает в области языка: безупречно, почти с нечеловеческой точностью передает свое искусство и душу».

А. Н. Островский писал: «...голые тенденции и прописные истины недолго удерживаются в уме: они там не закреплены чувством. Сказать умное, честное слово немудрено, их так много сказано и написано; но чтоб истины действовали, убеждали, умудряли,— надо, чтобы они прошли прежде через души... Иметь хорошие мысли может всякий, а владеть умами и сердцами дано только избранным». К сожалению, не только «избранные» как в прошлом, так и в наше время отваживаются на творчество. Не обладая дарованием, они

лишь перефразируют «прописные истины», оставляя равнодушными слушателей, читателей, зрителей...

Для любого истинно творческого начала, будь то математическое построение, физическая или философская закономерность, художественное произведение, характерны элементы эстетического ощущения прекрасного, красота, взаимосвязанность, симметричность фрагментов и логических построений, их соразмерность и согласованность как между собой, так и с приобретенными знаниями о природе и ее законах. Благодаря этому творческое решение немыслимо без относительной простоты, символизирующей наименьшую затрату энергии при правильной разработке той или иной задачи.

Известный советский хирург С. С. Юдин считал, что только тогда, когда человек охвачен своей идеей полностью и становится ее фанатиком, его убежденность творит чудеса: «Для деятельной роли в науке более подходит мономания (увлеченность одной идеей.— *Ю. А.*), даже сумасшествие, чем умеренность, благоразумие и холодное беспристрастие. И если далеко не каждый энтузиаст добивается лаврового венка, то еще реже кто-нибудь из умеренных и благоразумных стоит хотя бы небольшого поощрения».

Писатель А. В. Сухово-Кобылин обратил внимание на другую особенность любого творческого порыва. Он называет творчество способностью «развить в себе напряженность, переполненность, избыток электричества, заряд; этот заряд превратить в Представление или Мысль...». Слова «Представление» и «Мысль» Сухово-Кобылин пишет с заглавной буквы, отдавая тем самым дань их величию.

Деятельность одаренного человека часто на первый взгляд кажется естественной, она вроде бы дается без излишнего напряжения. Но это лишь внешняя легкость, за которой стоит большая предшествующая работа мысли. Альберт Эйнштейн, в частности, не верил тому, что «отдельные личности обладают какими-то неповторимыми дарованиями», он верил только в то, что, «с одной стороны, существует талант, а с другой — высокая квалификация».

Талант всегда неповторим, его владельцу можно подражать, но дублировать его невозможно. Результат творчества — не простая комбинация осознанных человеком фактов и их обобщений, это новое, высшее качество синтеза

и анализа, расширяющее и проясняющее границы индивидуального и общественного сознания. При этом, как подчеркивал немецкий философ и писатель Георг Лихтенберг, «люди, слишком вникающие в тонкости, редко бывают великими людьми, и их исследования большей частью настолько бесполезны, насколько и тонки. Они все больше удаляются от практической жизни, к которой должны были бы подходить как можно ближе».

На протяжении всей ли жизни к человеку приходит вдохновение и как долго сохраняются возможности для творческой деятельности? Ответ на этот вопрос не может быть однозначным. У многих музыкантов и математиков, например, способности проявлялись очень рано. Гендель написал ряд сонат в десять лет, Моцарт сочинил оперу в двенадцать, Паганини с ранней юности покорял слушателей вдохновенной игрой на скрипке, будущий академик Ландау в четырнадцать лет стал уже студентом университета. Вспомните также, что М. Ю. Лермонтов создал первые варианты «Маскарада» и «Демона» в двадцатилетнем возрасте. Знаменитая поэма А. С. Пушкина «Руслан и Людмила» вышла из-под пера восемнадцатилетнего автора. Преклоняясь перед талантом С. А. Есенина, не стоит забывать, что все произведения поэта написаны до тридцати лет. Трагедия, оборвавшая жизнь М. Ю. Лермонтова, произошла на двадцать седьмом году жизни, а А. С. Пушкина не стало в тридцать семь лет.

Вместе с тем известны случаи, когда творческая одаренность раскрывалась в зрелом возрасте. Например, И. А. Крылов сделался баснописцем лишь в сорок лет, художник Поль Гоген начал заниматься живописью к тридцати восьми годам.

Некоторые исследователи, на основании изучения биографий ряда музыкантов, поэтов, писателей, художников и ученых, делают вывод о чередовании у них спадов и трехчетырехлетних периодов повышенной активности (так называемых «узлов жизни»). А вот, скажем, Л. Н. Толстого, вплоть до глубокой старости, отличала постоянная плодотворная работоспособность. Одновременно с этим существуют так называемые «авторы одного произведения» (А. С. Грибоедов).

Периоды вдохновения иногда возникают внезапно под влиянием особых внешних стимулов, иногда наступают как бы исподволь и непосредственно не связаны с окружающим. Но они неизменно приносят человеку ни с чем не

сравнимое чувство удовлетворения. «Забываешь все, душа трепещет от какого-то совершенно непостижимого и неотразимого сладкого волнения...» — говорил П. И. Чайковский. Увлеченность работой и большое эмоциональное напряжение, по словам В. М. Бехтерева, «возбуждает и пьянит», что может надолго снять все субъективные ощущения усталости.

Одухотворенная мысль возносит на вершину творческого самовыражения и самоотдачи, преображает человека, делает его необычайно ярким и привлекательным. Интересно свидетельство А. Н. Муравьева — одного из друзей Лермонтова: «...Мне случилось однажды, в Царском Селе, уловить лучшую минуту его вдохновения. В летний вечер я к нему зашел и застал его за письменным столом, с пылающим лицом и с огненными глазами, которые были у него особенно выразительными. «Что с тобою?» — спросил я. «Сядьте и слушайте»,— сказал он, и в ту же минуту, в порыве восторга, прочел мне... поэму «Мцыри», которая только что вылилась из-под его вдохновенного пера. Внимая ему, и сам я пришел в невольный восторг... Много раз впоследствии перечитывал я его «Мцыри», но уже не та была свежесть красок, как при первом одушевленном чтении самого поэта».

А. С. Пушкин охарактеризовал вдохновение, как «расположение души к живейшему принятию впечатлений, следовательно, к быстрому соображению понятий, что и способствует объяснению оных». И тут же добавил: «Вдохновение нужно в поэзии, как и в геометрии...»

Труд, в том числе и поэтический, не может удерживаться на одной «звенящей» ноте. Как и любой другой, он зиждется на напряженной «подготовительной» работе мысли. Пытаясь раскрыть свою творческую манеру, А. С. Пушкин в одном из писем поясняет: «Я пишу и размышляю. Большая часть сцен требует только рассуждения; когда же я дохожу до сцены, которая требует вдохновения, я жду его или пропускаю эту сцену...» Если же оно наступает...

...в сладкой тишине
Я сладко усыплен моим воображеньем,
И пробуждается поэзия во мне:
Душа стесняется лирическим волненьем,
Трепещет и звучит, и ищет, как во сне,
Излиться наконец свободным проявленьем —
И тут ко мне идет незримый рой гостей,
Знакомцы давние, плоды мечты моей.

XI

И мысли в голове волнуются в отваге,
И рифмы легкие навстречу им бегут,
И пальцы просятся к перу, перо к бумаге,
Минуты — и стихи свободно потекут.
Так дремлет недвижим корабль в недвижной влаге,
Но чу!— матросы вдруг кидаются, ползут
Вверх, вниз — и паруса надулись, ветра полны;
Громада двинулась и рассекает волны.

XII

Плывет. Куда ж нам плыть? . . . .
. . . .[1]

У каждого человека, выделяющегося своим талантом, отмеченные достаточно общие черты личности как бы преломляются сквозь призму характера. Он может, как и все люди, быть мягким и доброжелательным или ершистым и обозленным, уравновешенным или излишне раздражительным; может в силу однобокости своих интересов выглядеть отшельником и чудаком или привлекать симпатии своей многогранностью. Иными словами, ему могут быть присущи свойственные всем особенности характера, которые вряд ли определяют творческие задатки, хотя от них и зависит возможность осуществления того или иного начинания. Гораздо большее значение, по-видимому, имеет процесс мышления, осознанный и неосознаваемый «настрой» человека.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ТВОРЧЕСТВО

Среди психических нарушений, в известной мере активирующих творческую деятельность, особое место занимают маниакальные состояния. Повышенная в этот период работоспособность, своего рода «бурление» и в то же время неприятие горестных событий, отсутствие соответствующих реакций на них — все это усиливает жизненный тонус любого, но в значительной степени — потенциально одаренного человека. В результате расширяется и ускоряется его

[1] А. С. Пушкин. «Осень».

продуктивная «отдача». Можно найти целый ряд произведений литературы и искусства, созданных авторами, находившимися в маниакальном состоянии.

Противоположное маниакальному — депрессивное состояние обычно мешает любому творческому процессу. Познакомимся с отрывком из книги голландского писателя Тейн де Фриса «Рембрандт»: «Весной появилась она, эта немощь. Долго и незаметно подкрадывалась к нему — и настигла. Сначала он пытался бороться. Яростно накинулся на работу, заставляя себя водить кистью по холсту, в надежде, что снова придет радость труда, которая увлечет его. Он натянул свои самые большие холсты... Но едва он принимается писать, как творческое видение покидает его; бессильно опускается рука, и он не находит в себе самом ничего, кроме немощи, пустоты. Сейчас, летом, все в нем молчит... у него нет ни цели впереди, ни мыслей, он подавлен и одинок... глаза померкли, потускнели; под седыми дугами бровей... две темные впадины, откуда глядят утратившие блеск глаза. Маг в нем умер. Он забыл волшебное слово».

Перепады от маниакальности к депрессии были «знакомы» многим выдающимся мастерам. Тяжелое настроение, гнетущая тоска, сопровождающие депрессию, описаны Пушкиным, Лермонтовым, Гоголем, Достоевским, Есениным; они получили отражение в музыке Бетховена, в творениях Врубеля, Ван-Гога, Рембрандта...

Свойственная некоторым психически больным потеря критической оценки определенным образом обусловливает «необузданную смелость» в творчестве. Отрешенность от окружающего, «раскованное» фантазирование, подчинение всей жизни выполнению «придуманной» идеи могут породить немало оригинального. Повышенное влечение к наиболее тщательному выполнению работы, целый ряд других признаков тоже в какой-то мере «способствуют» творчеству. Однако нет и никогда не было ни одного примера, свидетельствующего о том, что психические заболевания создают талант. Психоз может лишь придать ему новое выражение. Напротив, только в психическом здоровье человека заключена важнейшая предпосылка для его многогранного самовыражения.

Творческие возможности и проявления психических заболеваний не застывают на одной точке, а все время находятся в динамике. И если некоторые нарушения психики на некоем этапе облегчают индивидуальное творчество, то

с течением болезни оно блекнет. Психозы сдерживают, размывают созидательные силы человека.

Для психиатрии немаловажен и такой аспект: в произведениях отдельных заболевших поэтов, писателей, художников, музыкантов — как профессионалов, так и самоучек — отражаются болезненные переживания. Это иногда помогает врачам разобраться в специфике того или иного болезненного состояния.

В психиатрических учреждениях Советского Союза и многих других стран периодически устраиваются выставки рисунков психически больных. Иллюзии, галлюцинации, фантазии, опасения, искаженные воспоминания — все это воплощено в причудливых, гротесковых, фрагментарно-символических произведениях, благодаря которым душевные муки больных удается перевести в «реально выраженную форму». Причем специалисты заметили, что люди в состоянии депрессии, под властью подавленного, удрученного настроения выбирают для рисунков черные, серые, темно-коричневые и темно-синие тона. Изображенные ими картины природы печальны, безжизненны и производят гнетущее впечатление: деревья голые, небо хмурое, зимние ландшафты мертвенны. Фигуры людей согнуты, лица измученные, тревожные. Нередко здесь же «присутствуют» черные птицы, могильные кресты, безысходные сцены смерти. По мере снижения интенсивности депрессивной симптоматики и выравнивания настроения на рисунках начинают преобладать светлые краски, люди становятся жизнерадостными, а природа — многоцветной. Больные шизофренией обычно стереотипно повторяют одну и ту же тему с бесчисленным множеством мелких деталей, хаотично заполняющих всю поверхность бумаги. По данным полтавского врача В. М. Милявского, недавно специально проанализировавшего свыше 300 рисунков больных шизофренией в состоянии слабоумия («дефекта»), длительное течение заболевания разрушает приобретенные прежде навыки художественного творчества. Именно с этим связано неумение выйти за рамки «излюбленных тем» и повторяемость приемов, заученных еще до болезни. Техника рисования обычно не меняется вне зависимости от изображаемого предмета, намерений больного и предъявляемых к нему требований. Больные эпилепсией в своих рисунках как бы «застревают» на одном месте — они настолько детализируют частные фрагменты, что забывают об общей композиции и не могут ее отразить. Имеют свои характерные особен-

ности и рисунки больных другими психическими заболеваниями.

В автопортретах, созданных художниками, страдающими нарушениями психики, обращают на себя внимание искаженные черты лица, символизирующие, по их словам, «постороннее влияние» на целостность их мышления и «внутреннее спокойствие». Лица на таких портретах напоминают маски, отражающие сущность «заболевшей человеческой души» — страх, печаль, вину, радость, величие, равнодушие и т. д.

Академик АМН СССР А. В. Снежневский подчеркивает: «Самые заурядные тексты и рисунки больного, не говоря уже о его опытах в сфере художественного творчества, заслуживают пристального внимания и психопатологического анализа. В такого рода документах или этюдах все представляет интерес: содержание, манера исполнения, характер начертаний, завершенность или хаотичность; небрежность или педантизм; схематизация или насыщенность деталями... Насколько велика информативная ценность таких материалов, видно из того, что нередко по ним одним иногда можно поставить диагноз...»

Несколько лет назад американские исследователи посетили Новую Гвинею и Папуа. Они поставили перед собой цель установить частоту возникновения и особенности шизофрении среди людей с недостаточно развитой культурой. При этом предполагалось получить данные, которые опровергли бы мнение о том, что психические болезни вообще и шизофрения в частности могут быть только в цивилизованном обществе, в то время как при низком культурном уровне наблюдается мало дифференцируемое с точки зрения психопатологии «состояние неспособности адаптироваться к окружающей среде».

Трудность исследования состояла в том, что для диагностики шизофрении, как уже знает читатель из предыдущих глав, необходимо учитывать речевое выражение имеющихся нарушений. Но психиатрам, приехавшим в Новую Гвинею и Папуа, это оказалось недоступным. Два миллиона туземцев говорили на 700 наречиях и диалектах, что затрудняло контакты не только с «гостями», но с отдельными племенами. И здесь на помощь пришли рисунки.

Члены психиатрической «экспедиции», изучая рисунки больных шизофренией, убедились, что им присуще свое содержание — некое выражение ритуальных обрядов, религиозных страхов и т. п. Но вот что важно. Так же как

и у высокоразвитых людей, заболевающих шизофренией, в рисунках туземцев Новой Гвинеи и Папуа по мере нарастания болезненных изменений отмечались аналогичные искажения пространственной ориентировки и целостности изображаемого, его дезинтеграция, что, в частности, свидетельствовало о характерных для шизофренических нарушений расстройствах мышления. Анализ этих рисунков позволил сделать обоснованный вывод: шизофренией болеют люди независимо от того, на какой ступени прогресса находится общество, в котором они живут.

Являются ли рисунки или картины психически больного художественным произведением мастера или же нарисованы неумелой рукой человека, впервые взявшего в руки карандаш, они часто становятся непосредственной и неподдельной «копией» его состояния. Отсутствие «сделанности», естественность, несмотря на странность сюжета, привлекают к творчеству лиц с психическими расстройствами широкую аудиторию. Но оценка тут должна отличаться от оценки художественной продукции здоровых. Живопись, скульптура, музыка «помешанного» автора — своего рода особая «речь», средство общения и выражения ощущений, испытываемых в болезни. «Знаки» и «символы», которые порой искусствоведы стараются понять, обобщить, выискивая в них даже смысловую основу, строго индивидуальны, а значит, и не поддаются в полной мере расшифровке. Коммуникационные связи с окружающим у больных шизофренией и другими психозами в большинстве случаев нарушены; они извращенно и воспринимают, и анализируют, и «отдают» информацию. Это относится как к заболевшим известным художникам, так и к людям, не имеющим никакого отношения к художественному творчеству.

Красноречивый пример — некоторые картины М. А. Врубеля, созданные им в периоды, о которых говорил врач-психиатр Ф. А. Усольцев: «Я видел его на крайних ступенях возбуждения и спутанности, болезненного подъема чувства и мысли, головокружительной быстроты идей».

В воспоминаниях сестры художника есть свидетельства, что известные зарисовки «Демона» многократно переделывались Врубелем под влиянием болезненных переживаний. Психиатр С. Ш. Недува проследил основные известные варианты врубелевского «Демона». Он пишет[1]: «Разумеется,

[1] В приведенной цитате с разрешения автора сделаны некоторые сокращения.

трудно сказать, насколько различные врубелевские изображения являются продуктом его своеобразной творческой фантазии, а насколько отображают его фантастические болезненные переживания. Однако анализ эволюции образа врубелевского «Демона» очень хорошо отображает динамику болезненного состояния художника.

Первая картина — «Демон» (сидящий) — написана в 1890 году. Здесь все выразительные средства, от элементарных до самых сложнейших колористических решений, служат художнику для того, чтобы убедительно передать грандиозность, величие, горькое томление Демона. Его торс атлета с могучими тяжелыми руками, голова с огромной шевелюрой темных волос словно не вмещаются в холст. Очень хорошо передает стиль рисунка Врубеля символичность восприятия им своего героя. Окруженный скалами, Демон кажется слитым с ними, вырастающим из них. Таинственная непобедимая тоска сковывает его, он тянется взором вниз. Тоска в его взгляде, в наклоне головы, в заломленных руках. Своеобразную иллюзию и как бы неземную инакость придает изображению особый врубелевский прием. Скалы, цветы, покрывало Демона, его лицо кажутся мозаичными, составленными из множества плоскостей, пересекающихся и сливающихся друг с другом. Единый принцип в изображении скал, ткани и тела создает своеобразную иллюзию их единства.

Сопоставляя врубелевские изображения разных лет, можно отметить настойчивую тенденцию к изображению все большей громадности, всеобъемлемости, фантастической космичности образа. В то же время в рисунках все больше выступают динамичные линии, передающие те ощущения фантастического полета, которые, как известно, характерны для сновидных переживаний. Все ярче передается художником не только ощущение сверхъестественной скорости движения, но и ощущение фантастического, неземного мира своего героя.

В этом отношении очень демонстративен «Летящий Демон», написанный в 1899 году. На фоне снежного хребта, заполняющий почти весь вытянутый узкий холст, огромный Демон как бы летит на зрителя. Хорошо передаются художником необычайные краски, характерные для его болезненных видений. В картине преобладают своеобразные холодные тона, блеклое синее оперение, землистое тело, коричнево-лиловатая земля.

В этом рисунке более отчетливо выступают мотивы

обреченности. Демон еще могуч, но какая-то холодная тоска источила его сердце, надломила, озлобила. Голова чуть втянута в плечи, лицо полно страшного напряжения, отчужденности и страдания.

В «Демоне поверженном», написанном в 1902 году, когда психическое состояние художника характеризуется упорной депрессией, можно заметить еще более выраженные мотивы обреченности. Очень хорошо это отмечено в письме жены Врубеля Римскому-Корсакову: «Демон у него совсем необыкновенный, не лермонтовский, а какой-то современный ницшеанец». В самом деле, здесь нет прежних иллюзорных красок. Самовыражение художника находят уже не столько фантастические грезы, сколько тоска и отчаяние. Мы видим Демона уже не царящим над миром, его уже не держат в воздухе мощные крыла, он упал с огромной высоты и разбился о скалы. Правое крыло рассекло ледник и погрузилось в него. Лицо полно злобного отчаяния, непокорившейся гордыни».

Не менее красноречивый пример — автопортрет другого выдающегося мастера, Винцента Ван-Гога, где он изобразил себя в берете, с обвязанным ухом. Появлению этого автопортрета предшествовало резкое изменение психического состояния художника.

На основании изучения истории болезни Ван-Гога и воспоминаний его современников профессор-психиатр Б. А. Целибеев так воспроизвел это состояние[1]: «Ночью он несколько раз подходил к постели Гогена и пристально на него смотрел, когда последний спрашивал Винцента, в чем дело, тот молча ложился. На следующее утро в кафе Винцент внезапно бросил стакан с абсентом в голову Гогена, который после этого увел Винцента домой, где он сразу уснул. Вечером он пытался напасть на Гогена с открытой бритвой. Вот как писал Гоген об этом: «Я уже почти прошел площадь Виктора Гюго, как услышал за собой хорошо мне знакомый нервный и торопливый шаг. Я обернулся как раз в тот момент, когда Винцент бросился на меня с бритвой в руке. Взгляд мой в эту минуту, должно быть, был очень могуч, так как он остановился и, склонив голову, бегом бросился домой». В тот же вечер, придя домой, Ван-Гог отрезал у себя часть уха, долго останавливал кровотечение, а затем вымыл отрезанное ухо, аккуратно его за-

---

[1] Описание приводится с некоторыми сокращениями.

вернул в салфетку и отнес в ранее им посещаемый публичный дом. Там он отдал его одной из его обитательниц, сказав: «Вот сувенир от меня». Перед тем как выйти из дома, Винцент завязал голову и глубоко надвинул берет. Вернувшись домой, Винцент крепко уснул, на следующее утро полиция и переполошившиеся обыватели Арля нашли его почти «окоченевшим» и даже приняли за мертвого, обвинив в убийстве Гогена.

Ван-Гога поместили в больницу, где у него было состояние возбуждения с бессвязной речью, страхами, религиозным бредом и отказом от пищи. Периодически он умолкал и застывал в одних и тех же позах. Помещенный затем в приют Сент-Реми для душевнобольных, он сделал у окна несколько рисунков с изображением толпы. Он кричал: «Я — святой дух, я в своем уме». Такую же надпись он сделал на стене своей палаты. Однажды ночью он нарисовал толпу с горящими свечами на шляпах. Вспышки странного пламени были темой его рисунков. И в этих странных фигурах было какое-то единство с его окружающим, все состояло из вращающихся, закругленных линий, и, конечно, в этих работах он всегда рисовал себя... Появились «Жнец» — страшный желто-голубой символ смерти, «Звездная ночь» и «Дорога в Провансе» с их космическими вихрями и каким-то жутким танцем планет в лиловом ночном небе. Позднее он писал: «Я задумал «Жнеца» — неясную, дьявольскую, надрывающуюся под раскаленным солнцем на непосильной работе фигуру, как воплощение смерти, в том смысле, что человечество — это хлеб, который предстоит сжать».

Сопоставьте варианты врубелевского «Демона», всмотритесь в последние картины Ван-Гога и вспомните приведенные выше описания различных психических расстройств. Вряд ли кто-либо усомнится в гениальности величайших художников, сумевших передать свое искаженное мироощущение. Не правда ли, сухое и достаточно схематичное словесное описание не может отразить всю сложнейшую гамму света, движения, взаимоотношений людей и явлений, наполняющих бредовые, галлюцинаторные и другие болезненные переживания больных.

В литературе, так же как и в живописи, содержится немало примеров яркого отображения психических нарушений.

Вероятно, многие почитатели Ф. М. Достоевского обращали внимание на множество персонажей его романов

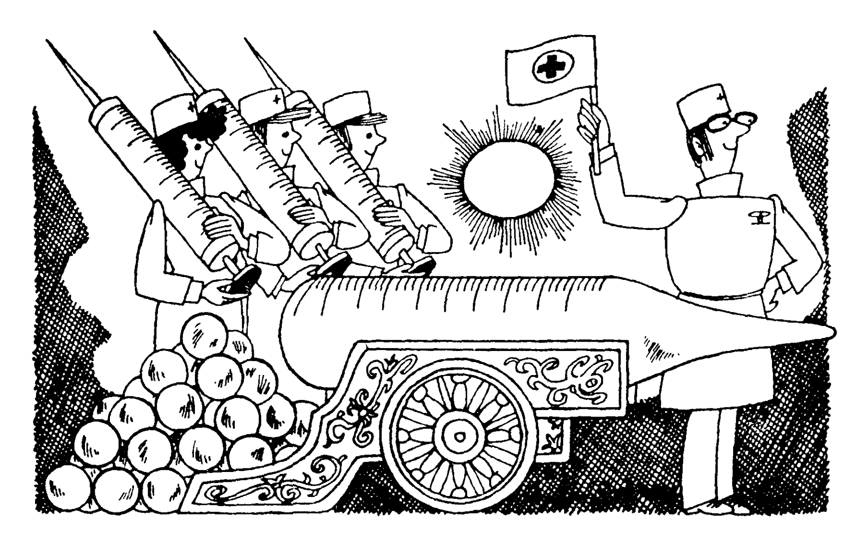
с теми или иными явными отклонениями. Для врачей-психиатров совершеннейшие по своей образности и точности описания Ф. М. Достоевского имеют особое значение. Они помогают лучше, чем многие страницы специальных руководств, увидеть, понять и даже почувствовать патологические симптомы, своеобразие личностных характеристик больных людей. Профессор-психиатр Чиж, автор книги «Достоевский как психопатолог», прямо пишет, что великий писатель был редкостным и глубоким знатоком «явлений больной души». Многие биографы писателя, да и сам Достоевский связывают эти знания с личными ощущениями. Профессор Д. А. Аменицкий отмечал, что Достоевского отличали, с одной стороны, элементы «болезненного самолюбия и самонадеянности с резкими выпадами против несимпатичных ему лиц и, с другой,— наклонность к самобичеванию, самоумалению. Большая ипохондричность и мнительность, прислушивание к разным физическим ощущениям, стремление без нужды посвящать лиц даже неблизких в характер и симптомы своей болезни и наряду с этим трогательная привязанность, заботливость и беспокойство за жену, детей, доходящая до какого-то наивного, любовно-страстного обожания. Боязнь ущерба, педантическая расчетливость, стремление к чистоте, своеобразная сосредоточенность на мелочах, а наряду с этим необычайная страстность, широкий размах, наклонность к большим тратам, стремление доходить, по его собственному выражению, до последней черты, до двух крайних полюсов — бездны ада и высот рая...» Все эти черты, свойственные самому писателю, легко можно видеть и в героях его произведений.

Как известно, Ф. М. Достоевский страдал эпилепсией. С характерной для этих больных педантичностью он записывал в «Дневниках» даты бывших у него припадков и нюансы своих ощущений при них. Например, в «Дневнике», изданном в 1881 году, можно прочитать: «Припадки в 1878—80 г.: 10/X—78 г., 28/IV—79 г., 13/IX—79 г., 9/II—80 г., 14/III—80 г., 7/IX—80 г. ...» При этом наблюдались «прерванность мыслей, переселение в другие годы, мечтательность, задумчивость, виновность, вывихнул в спине косточку или повредил мускул...»

Вспомните Смердякова из «Братьев Карамазовых», старика Мурина в рассказе «Хозяйка», Нелли в романе «Униженные и оскорбленные», князя Мышкина из «Идиота». Кириллова из «Бесов». Все это гениальные художественные

образы, в которых без труда распознаются различные характеры больных эпилепсией. Конечно же, при их создании немаловажное значение имел собственный опыт Достоевского.

Все, о чем говорилось выше, достаточно очевидно свидетельствует: совмещение и сосуществование талантливой одаренности и психической болезни вполне возможно. Однако история жизни выдающихся деятелей науки и искусства, страдавших заболеваниями психики, наглядно подтверждает: не болезненные нарушения порождают талант и творческую активность, наоборот, они сдерживают их развитие и постепенно уничтожают.



Глава 8

НАСТУПЛЕНИЕ НА ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

КАК ОРГАНИЗОВАНА ПОМОЩЬ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ

Особенности психических заболеваний накладывают свой отпечаток на организацию врачебной помощи. Возбужденный, не сознающий своего состояния человек, как мы уже говорили, нередко представляет опасность не только для себя, но и для окружающих; под влиянием бредовых идей он может совершить различные правонарушения, вплоть до убийства и самоубийства. Все это требует особых правил госпитализации и в ряде случаев принудительного лечения.

В Советском Союзе подобные вопросы (что имеет важнейшее значение в системе соответствующих правовых актов), в отличие от некоторых других стран, решаются исключительно с медицинских позиций. Только психиатр может направить больного в психиатрическую больницу, только психиатр может принять его после осмотра в приемном отделении, только психиатр может санкционировать выписку после лечения. В отечественной практике такой порядок носит традиционный характер. Если родные, знакомые или сослуживцы обнаружат у человека странности в поведении, необоснованные, нелогичные поступки, надо обратиться

за консультацией к психиатру или невропатологу, а если нет такой возможности — к любому врачу. В медицинских институтах читается курс психиатрии, и все врачи имеют основные представления о психических болезнях. Направлять же в стационар заболевшего должен исключительно квалифицированный специалист.

Современная психиатрическая больница мало чем отличается от других лечебных учреждений. Благодаря применению лекарственных препаратов возбуждение и другие нарушения поведения больных быстро исчезают и многие, даже наиболее тяжелые из них вскоре, что называется, «входят в норму». В связи с этим отпала необходимость в решетках на окнах, которые ставили для того, чтобы нельзя было выпрыгнуть из окна, в специальных замках, которые открывали ключами, имеющимися лишь у персонала, в особой мебели. В лучших клиниках больные содержатся по системе «открытых дверей». Эта мера привела к тому, что у многих из них изменилось отношение к пребыванию «в изоляции».

Однако не все так просто и легко. Мало издать приказ, вывернуть замки и снять сохраняющиеся кое-где на окнах решетки. Нужно высокое качество диагностической и лечебной работы, умение и определенный опыт медперсонала. Будущее — именно за полным отказом не только от грубого физического, но и всякого другого стеснения и «ущемления» заболевшего человека. Крупнейший отечественный психиатр Т. И. Юдин отмечал: «Как невозможно хирургу оперировать без стерильного материала, так невозможно и психиатру лечить психически больных в неблагоустроенной лечебнице». Продолжая эту мысль дальше, он добавил, что, если хирург будет только оперировать и не бороться с инфекцией, попавшей в рану, он никогда не добьется успеха. Точно так же и психиатр не вылечит больного, находящегося в септической (инфицированной), а не в лечебной среде.

«Особые» состояния наших пациентов требуют и иного ухода за ними по сравнению, скажем, с больными терапевтического или хирургического «профиля». Для подавляющего числа физически крепких людей нет никакой необходимости в длительном постельном режиме. Напротив, их скорейшему выздоровлению способствует посильная трудовая деятельность — своего рода трудотерапия. Вот почему в большинстве психиатрических больниц устроены специальные мастерские, переплетные и другие цеха, подсобные хозяйства, где под руководством инструкторов и наблю-

дением врачей больные занимаются полезным делом.

Создание уютной, неказенной обстановки — очень важное обстоятельство при длительном лечении. С этой целью разрешается носить домашнюю одежду, часто встречаться с близкими, а выздоравливающих отпускают на воскресные дни домой. Во многих отделениях есть библиотеки, комнаты отдыха, где можно слушать радио и смотреть телевизионные передачи. Большинство больниц расположено в парках, и больные много времени проводят на воздухе. Опыт показывает, что даже малоподвижные больные, видя, как другие играют, например, в волейбол или бадминтон, тоже принимают участие в игре.

Отделения в психиатрических больницах обычно условно подразделяются на беспокойные, спокойные и санаторные. В случае необходимости имеются и специальные палаты для тех, кто в силу своего состояния может предпринять попытки к агрессии или самоубийству. Такая дифференцировка облегчает организацию и целевую направленность лечения.

Помимо обычных городских или областных, существуют больницы загородного типа для длительно болеющих. Именно там большое место отводится трудовой терапии. Направление в загородную больницу ни в коей мере не означает, что врачи потеряли надежду на какой бы то ни было сдвиг в судьбе пациента. Появление новых лекарственных средств, как показали последние годы, способствует значительному улучшению здоровья многих «хроников».

В ряде психиатрических лечебниц открыты детские отделения, и там, кроме медицинского персонала, работают педагоги. Больные дети продолжают учиться, чтобы не отстать от своих сверстников.

На всех этапах борьбы с безумием врачи вместе с работниками социального обеспечения проводят большую экспертную и организационную работу по назначению больным пенсий при частичной или полной потере ими трудоспособности, по их трудоустройству на предприятия общего или специального типа, по улучшению жилищных условий и т. д. В системе органов социального обеспечения действуют интернаты для тех, кто из-за психического заболевания полностью утратил трудоспособность. Все это — реальное воплощение в жизнь заботы социалистического общества о заболевшем человеке.

Современную психиатрическую больницу можно с полным правом назвать и практическим лечебным, и научным

центром. Обоснованный диагноз должен опираться на углубленные знания различных систем и функций организма. Тут нельзя обойтись без тщательных лабораторных исследований, а в ряде случаев — без консультаций терапевтов, невропатологов, нейрохирургов и т. д. Как психиатры порой приходят на помощь своим коллегам, так и они помогают психиатрам.

В тесном контакте с больницами действуют психоневрологические диспансеры и кабинеты. Контакт двусторонний. Диспансер обеспечивает своевременное амбулаторное лечение тем, кто состоит у него на учете; подопечных посещают на дому, бесплатно снабжают лекарствами, собирают обширные сведения об их труде и быте. Без этих сведений больничным врачам впоследствии, если к ним поступает больной, иногда затруднительно поставить окончательный диагноз. В свою очередь, принимая под надзор бывших пациентов больниц, врачи диспансера пользуются данными их клинического обследования. Особенно важна связь между медиками названных служб, когда необходимо не выпускать из поля зрения человека, которому после выписки надлежит еще долго, но «самостоятельно» выполнять полученные рекомендации, чтобы не вызвать резкого рецидива болезни.

В диспансерах оборудованы трудовые мастерские, открыты дневные стационары и ряд других «полустационарных» специализированных отделений, где больные могут временно работать (за определенную зарплату) и лечиться (в течение дня или вечера). На врачей диспансеров возложены и обязанности по защите социальных прав больных.

Благодаря диспансерам раннее выявление заболеваний (следовательно, и их лечение), профилактика обострений психозов, а также защита социальных прав больных у нас поставлены лучше, чем во многих странах.

Для дальнейшего совершенствования учета и обслуживания людей с нарушениями психики сейчас создаются специализированные кабинеты в поликлиниках общего профиля, куда за консультацией направляет участковый врач. Понятно, что в такого рода кабинетах могут раньше обнаружить психические болезни, назначить человеку с пограничным состоянием амбулаторный курс лечения, при надобности привлекая терапевта, хирурга и иных специалистов.

В самое последнее время в Москве, ряде других крупных

городов стали появляться уже завоевывающие признание кабинеты социально-психологической помощи населению. Работают там врачи вместе с психологами и юристами. У обращающихся за советом и поддержкой не спрашивают фамилии и паспорта — общение анонимное, основывающееся на доверии. Некоторым кабинетам «приданы» телефоны доверия. В Москве, например, по инициативе профессора-психиатра А. Г. Амбрумовой начиная с 1982 года действует общегородская служба телефона доверия. Случилась беда, у человека горе или обострение депрессии, или разрывающие сердце тревога и опасения. Кто-то теряет точку опоры, не видит выхода. И вот в критический момент можно набрать номер телефона. Опытный, профессионально подготовленный врач или психолог в считанные минуты должен оценить ситуацию и дать растерянному человеку единственно верный совет, хотя бы ниточку надежды и тем самым удержать его от рокового шага. Помочь удается не всем, хотя и многим. Но ведь каждый из «многих» — это не среднестатистическая, а вполне конкретная спасенная жизнь...

Итак, новые формы, новые организационные возможности и новые виды психиатрической помощи.

При этом нет и не может быть универсального метода лечения нарушений психики, как нет и единой причины заболеваний. Различные варианты психозов и своеобразие всякого больного обуславливают строго индивидуализированный и дифференцированный выбор средств терапии.

Когда причина известна, лечебные мероприятия нацелены против нее (скажем, при прогрессивном параличе — против инфекционного и токсического начала, связанного с сифилитическим поражением головного мозга). Одновременно с этим или в последующем принимаются меры для ликвидации тех «поломок», которые возникли в организме.

Если же причина неизвестна, лечебные мероприятия призваны снять возбуждение, ослабить отдельные болезненные симптомы.

Накопленный врачами опыт, как правило, позволяет предвидеть действия того или иного медикамента в том или ином конкретном случае. Набор препаратов и другие способы борьбы с психозами — это, образно выражаясь, связка ключей в руках психиатра, из которой надо выбрать один, подходящий только к данному обратившемуся за помощью больному.

Какое бы средство ни назначалось, какой бы метод ни

избирался, все равно терапия «опирается» на создаваемую в больнице обстановку покоя, доброжелательного отношения к человеку, чтобы он не чувствовал ранящей его самолюбие границы между ним и здоровыми людьми. Если во время острого приступа возбуждения больные обычно не обращают внимания на окружающее, то впоследствии это становится важным фактором в их комплексном лечении.

Слово, жест врача, условия содержания — все это, казалось бы, не имеет прямого отношения к серьезнейшим научным проблемам психиатрии. Однако, не обеспечив хороших условий, не только не унижающих человеческое достоинство больного, как это было еще 70 лет назад, а способствующих улучшению его состояния, нельзя ставить вопрос о настоящем медикаментозном наступлении на безумие, и наоборот, в современную больницу, лишив ее имеющихся сейчас медикаментов, нельзя помещать возбужденных и беспокойных пациентов — с ними не справиться «по старинке». Так что «оздоровляющая атмосфера» нынешних стационаров раньше вряд ли была возможна — для этого необходимы новейшие достижения терапии.

Собственно лечебные воздействия могут быть разделены на две группы — психотерапевтические и так называемые биологические, включая и медикаментозные. Но, как показывает практика, быстрое и стойкое улучшение у самых разных больных вызывает комплексное применение психотерапии и лекарственных препаратов, назначаемых врачами строго индивидуально.

ПСИХОТЕРАПИЯ

Психотерапия относится к числу наиболее древних и ни в коей мере не потерявших своего значения до настоящего времени методов лечения. Главное ее оружие — слово, главное ее искусство — умение человеческого общения. Психическая терапия всегда обращена к личности заболевшего человека и призвана перестроить его отношение как к фактам, породившим те или иные нарушения, так и к разнообразным проявлениям этих нарушений.

В арсенале психотерапии на фоне уже упомянутых успокаивающих условий — внушение с целью объяснить больному сущность того, что с ним происходит (и убедить его в возможности справиться с тревожными симптомами), гипноз и еще целый ряд специальных методик. Это помогает

восстановлению социально-психологической основы адаптационного барьера, испытывающей особенно сильные нагрузки при травмирующих обстоятельствах, что приводит к возникновению неврозов и других пограничных форм нервно-психических расстройств. Следовательно, роль психотерапии особенно велика при пограничных состояниях.

Один из крупнейших отечественных психотерапевтов профессор Ю. В. Каннабих ее сущность видел в планомерном использовании психических факторов для лечения болезней. Под психическими факторами в данном случае подразумеваются «...мысли различного содержания, передаваемые больному врачом при помощи живой речи, письма, печатного слова и всяких других способов общения и взаимного влияния людей. Целью такого специального общения с больным является пробуждение в последнем определенных, заранее намеченных психических состояний (убеждений, чувств, настроений, стремлений), способных оказать благотворное действие на болезненные процессы или отдельные симптомы психического или соматического характера».

Такое определение, данное свыше пятидесяти лет назад, в полной мере разделяется и современными специалистами. Вот что, например, пишет профессор В. Е. Рожнов: под психотерапией понимается «комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через нее — на весь его организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде».

Конечно же, и убеждение, и внушение не устраняют травмирующие влияния, не изолируют человека от мира и не избавляют от неприятностей. Они лишь способствуют тому, чтобы больной осознал создавшуюся для него ситуацию и привлек все резервы организма для скорейшего восстановления адаптации.

В развитии психотерапии особое место занимает психоанализ. Особое — по той популярности, которую он завоевал в некоторых странах. В этой книге уже рассказывалось о роли Зигмунда Фрейда в создании психоаналитической теории, об ее идейных истоках и подчеркивалась невозможность ее научного обоснования. Может быть, современная наука о мозге еще просто «не дошла» до понимания психоанализа? Может быть, несмотря на философские упущения Фрейда и его последователей, их метод оказывает помощь больным и этим завоевал право на широкое применение? Главным судьей в этом вопросе могла бы стать

статистика. Но вот беда: данные о том, сколько больных и какими болезнями лечилось психоанализом и сколько из них поправилось, нигде не публикуются. Точных результатов (как при определении эффекта всех других видов терапии) успеха психоанализа за уже примерно три четверти века просто не приводилось. По мнению советских врачей, отдавших в свое время дань психоанализу, и многих разочаровавшихся иностранных специалистов, достаточно стойкий лечебный эффект может наблюдаться только при небольшом числе невротических расстройств. Практической ценности для основных психических заболеваний психоанализ не имеет.

В чем же все-таки причина того, что концепция Фрейда распространилась и держится в ряде стран до наших дней?

Во-первых, длительное общение психоаналитика с больным, если оно сопровождалось гуманностью, тактом, разумными советами, приносило известную пользу, а значит — и популярность методу. Меткая наблюдательность, внимание к пациентам, особые условия приема — все это выгодно выделяет таких врачей и привлекает к ним больных, нуждающихся в подробном компетентном разборе своего душевного состояния. Выходя из кабинета психоаналитика, большинство испытывает хотя бы временное облегчение. В этих случаях успех связывается с психоанализом, а действует обычная терапия словом. Подробное ознакомление с историей переживаний и актуальной ситуацией, волнующей человека, имеет важное значение и для врача, и для самого больного. Первому оно помогает полнее представить характер болезни, второму — «выговориться», «облегчить душу». Все это прежде всего относится к людям, страдающим неврозами.

Во-вторых, причину популярности психоанализа, по-видимому, следует искать в социальных корнях современной жизни капиталистических стран. Там он перестал быть частью медицинской сферы и приобрел отчетливую мировоззренческую, идеологическую окраску. С помощью психоанализа, используя комплексы, предложенные Фрейдом, или «разрабатывая» новые, пытаются умозрительно объяснять пороки общества.

К психоаналитикам в таких странах, как Италия или США, обращаются многие люди при различных жизненных затруднениях, веря — иногда слепо, иногда с убеждением,— что они смогут «докопаться» до существа и выправить по-

ложение, в котором оказались. За каждый сеанс платятся большие деньги. После многочасовых бесед с «умным психоаналитиком» наступает некое успокоение. Не напоминают ли эти беседы своеобразную церковную исповедь прихожанина? Недаром психоанализ нередко называют новой религией Запада.

Отдавая должное некоторым его положительным сторонам, в частности способу общения с больными, советские психиатры тем не менее сам психоанализ не проводят. Ни теоретические основы, ни терапевтические результаты не дают для этого оснований.

В практике лечения пограничных форм нервно-психических расстройств, а также шизофрении и других психозов, помимо общих, применяются и специальные методы психотерапии — рациональная психотерапия, гипнотерапия, аутогенная тренировка и некоторые другие.

Рациональная психотерапия «лечит» логическим убеждением. Автор этого метода Поль Дюбуа подчеркивал, что цель рациональной психотерапии — воздействие на ум и рассудок больного «непосредственно и именно путем убедительной диалектики». В этих случаях, используя науку о законах мышления — логику, врач должен попытаться убедительно показать больному ошибки в его рассуждениях, связанные с неправильной оценкой своего состояния.

Гипнотерапию и само слово «гипноз» иногда соединяют с представлением о гипнотизере — человеке «сверхъестественной силы» с «магическими» черными глазами, которые излучают «особой силы лучи». Тот, кто так думает, не знает физиологическую сущность гипноза. Это не что иное, как неполный сон, его можно охарактеризовать и как сон с частичным бодрствованием. Приемы, которыми пользуются, чтобы вызывать гипноз, также мало отличаются от приемов, способствующих засыпанию. Сеанс гипноза лучше всего проводить в тихой, затемненной комнате. Человеку предлагают занять удобную позу, расслабиться, сосредоточить свой взгляд на каком-нибудь предмете. Затем в приказном порядке, хотя и монотонным, убаюкивающим голосом врач несколько раз повторяет одни и те же слова. Например: «Расслабьте свои мышцы...», «Вы ощущаете тяжесть век...», «Закройте глаза...», «Засыпайте...», «Спите...» и т. д. При этом часто включают метроном.

Личность гипнотизера, конечно, имеет значение. Врач должен суметь расположить к себе пациента, заставить поверить в свои слова, завоевать у него авторитет. Ему нужно

и особое умение, граничащее, наверное, с искусством, владеть своим голосом, говорить доверительным и успокаивающим тоном. При этих условиях удача будет обеспечена.

Разница между спящим естественным сном и уснувшим в результате гипноза заключается в том, что человек во время сеанса непрерывно как бы «связан» с гипнотизером. У каждого даже при обычном сне могут быть гипнотические явления. Те самые «сторожевые пункты» мозга, о которых говорилось выше и которые позволяют матери, не обращая внимания на множество окружающих шумов, просыпаться при малейшем плаче ее ребенка, обеспечивают связь врача и гипнотизируемого человека. Состояние гипноза может возникнуть только тогда, когда неспящий «сторожевой пункт» «настроен» на восприятие команд гипнотизера.

Принципиально вызвать гипнотическое «послушание» можно у любого животного. Усыпить курицу или голубя довольно легко. Для этого надо взять птицу в руки, закрыть ей глаза и придать какую-нибудь неестественную позу — пригнуть, например, голову или перевернуть на спину. Птица как бы оцепенеет, замрет, сохраняя полную неподвижность.

Гипноз у человека значительно отличается от гипноза у животных. Самая большая качественная разница в том, что его вызывают только человеческим раздражителем — словом. При помощи слова человек человеку может внушить какую-либо мысль. Исходя из концепции И. П. Павлова, внушение следует физиологически представлять как сильное, «получившее преобладающее, незаконное и неодолимое значение», концентрированное раздражение. Точка его приложения — «сторожевой пункт», бодрствующий участок мозга спящего. То, что слова и мысли гипнотизера не анализируются мозгом и не встречают задержек, объясняется прежде всего его тормозным состоянием — «включены в работу» лишь отдельные участки.

Внушающее воздействие слова очень велико, оно может быть важным наступательным оружием на то или иное болезненное проявление, но может — при неумелом и неправильном обращении — приносить больше вреда, чем пользы. Во время сеанса гипнотизер в ряде случаев влияет на деятельность внутренних органов человека — уменьшает или увеличивает ритм и глубину дыхания, снимает неприятные ощущения в области сердца, изменяет температуру тела и т. д. Все это может улучшать состояние больного. Однако таким методом пользуются только врачи, и то с большой

осторожностью, придерживаясь разработанных показаний.

Аутогенная тренировка — один из психотерапевтических методов самовнушения, состоящий из двух этапов. Вначале путем специальной системы психотерапевт обучает больного добиваться мышечного расслабления и покоя. Достигнув этого несколькими тренировками, пациент под контролем врача проводит самовнушение, используя заранее продуманную словесную формулу, которая направлена на «притупление» имеющегося эмоционального волнения, регуляцию ночного сна, замедление ритма сердцебиения и т. д.

Различные способы психотерапии должны применяться целенаправленно и обоснованно лишь специалистами. Но еще часто бывает, что их роль берут на себя всякого рода шарлатаны, прорицатели, знахари.

Несколько лет назад редакция одного журнала переслала мне письмо бывшей гадалки, порвавшей со своим ремеслом, с просьбой прокомментировать его и высказаться по существу. Вот что в нем говорилось:

«Если вы решите напечатать это письмо, то, пожалуйста, измените мою фамилию. Ведь неважно — Иванова или Петрова подписала, важно, чтобы правда была. А все, что здесь сказано,— правда, все это передумано, выстрадано. Но у меня сейчас новый коллектив, не знакомый с моим прошлым, да и дети мои об этом не знают. И пусть не знают!

Почему же тогда пишу? Нередко слышу, как люди толкуют о вещих снах, гаданиях, о том, как хорошо, дескать, лечат бабки-знахарки. Толкуют всерьез, верят. И хочется мне закричать: «Да не верьте вы, обман все это! Бессовестный, корыстный обман! Вас дурачат, хуже того, вас калечат, как когда-то искалечили меня!»

Родилась я в большом сибирском селе в многодетной семье. Отец умер рано. Мать спасалась от нужды гаданием, знахарством. Ворожила на картах, бобах, сите, блюдце, на столе, на иголке, на хлебе и соли. Заговаривала от «родимчика», дурного глаза, страхов, несчастной любви — все и не упомню...

Мне кажется, я родилась со знанием всех этих наговоров, гаданий. Понимала, что мама обманывает людей. Нас, детей, ведь не очень-то стеснялась. И все же атмосфера таинственности, которой был пропитан дом, отравляла нас. Верили ли мы в бога — сомневаюсь, но черти, лешие, домовые были для нас реальными существами, которых мы невероятно боялись. Постоянный этот страх сделал меня неврастеничкой. Я с дет-

ства плохо сплю, боюсь темноты, боюсь самой жизни. От детских суеверий давно уже не осталось следа, я получила высшее образование, занимаюсь естественными науками. Но чуть выводит что-либо из равновесия — страхи возвращаются.

Однако самое тяжелое для меня другое: я не только жертва суеверий, я из тех, кто сам обманывал. Научившись с малолетства ворожить, я гадала, многим людям гадала, особенно в войну. В годы студенчества этим прирабатывала.

Стыдно вспомнить теперь об этом жульническом занятии, которое я бросила давным-давно, с тех пор как вышла замуж. Но пусть доверчивые люди знают, что это именно жульничество. Прикрываясь таинственностью, гадалки пользуются самыми нехитрыми приемами, доступными любому человеку.

Так делала и я. Раскидываешь карты, а сама внимательно вглядываешься в своего клиента. Гадать обычно приходит человек, чем-то расстроенный. И уже первая фраза (предположим, такая: «Вижу, что вы встревожены») делает посетителя более откровенным. Далее все зависит от умения подметить детали. Возраст, выражение лица, одежда, манера себя вести — опытной гадалке все подсказывает, с какого рода неприятностями пришла посетительница. Влюбленную девицу легко отличить от женщины, измученной ревностью, от жены, у которой муж пьет и буянит... Так что прошлое выяснить нетрудно. Заденешь больное место, потянешь за ниточку — человек непременно выдаст себя чем-нибудь: покраснеет, побледнеет, вздрогнут ресницы, губы... Значит, ты на верном пути! А уж что там нагадаешь на будущее — неважно. Лишь бы вселить надежду, лишь бы успокоить, уверить, что беда пройдет.

Мало чем отличаются от гадания методы, которые знахарки применяют в «лечении». Такое же шарлатанство, та же атмосфера таинственности плюс наблюдательность, хитрость и некоторое умение воздействовать на нервную систему. Само собой разумеется, больному никакой пользы от такого «лечения» быть не может. Какая там польза! Он только вконец запустит болезнь.

Бывает, что к знахарке обращаются, когда и болезни-то нет, из-за обычной житейской неопытности.

Малыш плачет по ночам, мать измучилась. А врач говорит (да мать и сама видит это), что ребенок совершенно здоров. Кто-то посоветовал обратиться к знахарке... Та пришла

вечером, погрела малышу животик, с таинственным видом, бормоча что-то, умыла его над подпольем теплой водичкой и подала матери кормить. Мать поверила, что теперь все будет хорошо, успокоилась — а ведь это очень важно, чтобы кормящая мать была спокойна. Может, с того все и началось, что перед вечерним кормлением она понервничала и молока не было? На этот раз, хорошо поев, малыш засыпает. Спит и мама. Наутро оба себя отлично чувствуют — и вечером мать подносит ребенка к груди без страха, без мысли, что опять всю ночь спать не придется...

Я намеренно привожу случай, когда простодушным людям кажется, что помогло колдовство. Помогли простейшие приемы ухода за грудными детьми, которые отлично знала хитрая бабка... Хорошо бы их знать каждой молодой матери!

Повторяю, главное для знахарки — заставить поверить в себя, в силу своих действий.

Вот другой пример, уже из собственной практики. Несколько лет назад семейные неприятности выбили из колеи одну мою близкую знакомую. Она потеряла сон, аппетит, ей стала мерещиться всякая нелепица. Идти к врачу она не хотела — стыдилась жаловаться на семью. И вот вбила себе в голову: пойду к бабке! А бабка берет «за сеанс» 10 рублей... И так мне стало жаль этих честно заработанных десяти рублей! Ведь я-то знаю, что за «лечение» будет у бабки. И решила я тряхнуть стариной: объявила приятельнице, что берусь сама вылечить ее хворь...

Я с наговором вымела квартиру и мусор сожгла в печке со словами: «Смотри, смотри! Видишь, как корчится в огне вся нечисть? Все сгорело, теперь в квартире у тебя легко дышится». Взяла нож, воткнула его в порог: «Видишь, ничто плохое больше не перешагнет порог». Вымыла я своей приятельнице теплой водой ноги, согрела постель, уложила, чаем напоила (а когда наливала чай, подсыпала в чашку люминала). Все эти простые вещи я проделывала с таинственным видом, приговаривала, бормотала... Что бормотала? Всякую бессмыслицу, что в голову приходило. Наговоры к тому времени многие забыла, да не все ли равно? Ведь и они — совершеннейшая чепуха. Но одновременно я применяла элементарные успокаивающие процедуры — тепло, чай, люминал и заставила приятельницу отвлечься от печальных мыслей. Вскоре она уснула, крепко проспала всю ночь, и наутро жизнь показалась ей не такой уж мрачной.

И все же это была не дружеская помощь, а самая настоящая авантюра, о которой я потом горько сожалела. Я принесла временное успокоение — но какой ценой? Уверила приятельницу, что ей помогла «нечистая сила». А как вредит такая вера, как разрушает она нервную систему человека, я-то ведь отлично знаю по себе.

Именно поэтому я хочу, чтобы мои дети росли без малейших суеверий — очень боюсь, что в их психике может застрять и ранить ее какая-нибудь нелепица.

Мы с мужем (а он осведомлен о моем прошлом и всегда очень чутко помогает мне бороться с нервозностью) внимательно прислушиваемся ко всему, что рассказывают нам и друг другу ребятишки. Однажды, например, дочь сообщила, что на соседней улице по вечерам исчезают люди. Малыши ее слушали с круглыми от страха глазами. Тогда мы решили, не откладывая, все вместе поглядеть, в чем дело. Пришли. «Это здесь»,— говорит дочка... Минут через пятнадцать все стало ясно. Рядом в подвале была котельная, окно ее выходило на тротуар. Из этого окна вырывались клубы пара. В сумерках пар не очень заметен, и прохожий, попав в него, словно растворяется. Мы подвели ребят к окну, сами при них прошли сквозь клубы пара — и страхи были забыты.

В другой раз дочь отказалась ходить в детский сад, потому что у них в группе по утрам прыгают черти с черными рожками и разноцветными глазами. Как только воспитательница приходит, черти разбегаются... Наутро пошла я с дочкой в сад «ловить чертей»...

Детишек часто приводят немного раньше срока, когда дверь в комнату их группы еще закрыта. Дети ждут воспитательницу в раздевалке. Кому-то из них пришло в голову посмотреть в замочную скважину. В северных городах в 8—9 утра зимой еще совсем темно. А напротив двери — замерзшее окно, за ним деревья, вдалеке — дорога. Когда по дороге идут машины, свет фар падает на стекла, льдинки на них играют в темноте разными цветами, а тени от деревьев движутся. Машину же, разумеется, со второго этажа, да еще в замочную скважину, не видно. Вот ребятишки и выдумали: черти... Но разве сами выдумали? Вероятно, наслушались дома всякой чепухи. Да не сказок — слушая сказку, ребенок отлично понимает, что это вымысел.

Ужасно, когда взрослые люди оглупляют себя, портят свои нервы верой в гадания, заговоры и прочую чертовщину.

Но еще страшнее, когда под влияние суеверий попадают дети с их неокрепшей психикой.

Хочу, чтобы поняли это все матери. Потому и пишу. Е. В.».

Письмо это достаточно убедительно показывает, что, когда в психические переживания вторгаются гадалки, использующие внушение в корыстных целях, человеку в большинстве случаев наносится значительный, а порой и непоправимый вред.

Вера в хиромантов, графологов, ясновидящих уходит своими корнями в далекую историю и тесно соприкасается с религиозным мистицизмом. В наше время она распространена во многих капиталистических странах, особенно в среде мелкой городской буржуазии, боящейся разорения, живущей в постоянной тревоге за свое будущее. Именно это толкает тысячи людей с душевной исповедью к различного сорта духовидцам. Зная, что человеку надо дать хотя бы временное успокоение, гадалка пытается приукрасить судьбу растерянного, а иногда и отчаявшегося «клиента».

«Бессовестный, корыстный обман!», «Ужасно, когда взрослые люди оглупляют себя... еще страшнее, когда под влияние суеверий попадают дети...»

Эти слова в прошлом профессионала своего дела звучат особенно сильно. На них вряд ли можно не обратить внимания, не задуматься о самой сути корыстных «продавцов надежд» и вещателей судеб. Заставляет это письмо задуматься и о другом — о силе и мужестве женщины-матери, не побоявшейся подняться над шарлатанством и суеверием.

Вред, наносимый прорицателями, измеряется многими искалеченными жизнями и нервными потрясениями. В письме говорится о внутренней борьбе и страданиях самой гадалки. К сожалению, это редкость. Большинство «ясновидящих», предсказывающих на картах, руке, столе, игле, кофейной гуще (наверное, очень мало найдется предметов, которые бы не использовались), обладают завидной невосприимчивостью к несчастьям пришедшего к ним человека, какой бы изысканной маской (и только маской!) благожелательности и сочувствия они ни прикрывались. Врачам-психиатрам это достаточно хорошо известно.

...Передо мной угрюмая худенькая девушка, еще совсем ребенок. Лицо опущено, на шее багровые следы от веревки, которой она пыталась задушиться, глаза сухие — слезы уже давно выплаканы. Родители ее погибли, воспитывалась она у родственников, придерживавшихся старых взглядов на

права женщины, существовавших некогда в Средней Азии. Они решили отдать шестнадцатилетнюю девушку замуж за человека, который был более чем на три десятка лет старше ее. Когда «жених» явился в квартиру с официальным предложением и тетки стали уговаривать, девушка рассмеялась — она была комсомолка, у нее были товарищи и друзья, с которыми она училась в школе. Но уговоры продолжались день за днем. Девушка мрачнела, когда ей рассказывали о доме жениха и его богатствах. Наконец, после окончания девятого класса ее вынудили пойти к гадалке, которая по картам «все скажет». Окна в комнате гадалки были наглухо закрыты ставнями, словно для того, чтобы навсегда преградить дорогу солнцу. Керосиновая лампа чадила. В ее отсветах девушка видела морщинистое потное лицо старой женщины и ее узкие блестящие глаза. Старуха долго вкрадчивым голосом говорила, что надо покориться судьбе, не перечить избраннику. Этот голос звучал в ушах девушки до той самой минуты, когда, не видя другого выхода, она решилась на самоубийство. Врачам с трудом удалось вернуть ее к жизни, и в состоянии тяжелого нервного расстройства ее привезли в психиатрическую больницу. Как оказалось потом, «жених» и тетки девушки, предварительно побывав у гадалки, хорошо заплатили ей за нужное «предсказание».

Трудно переоценить силу внушения. Уже выписавшись из больницы, работая в другом городе, девушка долгое время со страхом входила в затемненные помещения и не могла видеть света керосиновой лампы...

К вере в гадания склонны, как правило, люди, не столько надеющиеся на свои собственные силы, знания и опыт, сколько рассчитывающие на случайность, благоприятное стечение обстоятельств. Сильный человек преодолевает трудности, слабый - обращается к своеобразной психологической защите, уходит от активного участия в решении того или иного вопроса, пытаясь «купить» надежду на благополучный исход.

...«Раскидываешь карты, а сама внимательно вглядываешься в своего клиента... выражение лица, одежды, манера себя вести — опытной гадалке все подсказывает... потянешь за ниточку — человек непременно выдаст себя чем-нибудь: покраснеет, побледнеет, вздрогнут ресницы, губы...»

Как порой нам в обыденной жизни не хватает внимания, благожелательности, терпения, умения разговаривать, чтобы понять, а не оттолкнуть своего товарища или просто знако-

мого, попытаться разобраться в мучающих его проблемах. В этом, пожалуй, можно кое-чему поучиться и у гадалок.

Психотерапевтическая наблюдательность — единственное реальное их достижение. Кроме этого, никаких «видений», «внезапных отгадок», действующих «наговоров» нет и не может быть. Современная материалистическая наука полностью отрицает возможность существования все знающих и все предвидящих «сверхсуществ». Только сам человек — хозяин своей жизни, и только он может строить или крушить собственную судьбу.

Возвращаясь к чисто медицинским вопросам, надо еще раз подчеркнуть, что между двумя основными направлениями возможного лечебного воздействия на больного — психотерапией и так называемой биологической терапией имеется теснейшая взаимосвязь. Каждый из них как бы создает «почву» для другого, укрепляя с разных сторон нарушенную у человека систему психической адаптации.

ЛЕКАРСТВА ПРОТИВ БЕЗУМИЯ

История появления медикаментов для лечения психических заболеваний весьма поучительна. Не ясные еще и до настоящего времени причины и конкретные биологические механизмы ряда психозов порождали известный эмпиризм в поиске и кажущуюся случайность счастливых находок. Однако уж если какой-либо препарат оказывался эффективным, то тщательное наблюдение за этапами обратного развития болезни позволяло делать важные предположения о закономерностях патологического процесса.

За последние 60 лет были перепробованы различные средства. Общее для них всех — большая или меньшая возможность активно вмешиваться в проявления психозов. Именно поэтому в психиатрии возникло выражение «активная терапия», в отличие от прежней пассивной, когда больного только изолировали, не умея лечить. К методам активной терапии, по мере введения их в практику, относятся так называемая маляротерапия, лечение длительным сном, инсулином, медикаментозная и электрошоковая терапия, наконец лоботомия. Сейчас они уже утратили ведущее место, на которое еще недавно претендовали, уступив в последние десятилетия пальму первенства психофармакологическим препаратам. Но при определенных формах и вариантах заболеваний их значение еще сохраняется.

Первые достижения в биологическом лечении психических болезней, пожалуй, принадлежат малярийной терапии. В 1917 году венский профессор Юлиус Вагнер-Яурегг с лечебной целью привил малярию больным, страдавшим прогрессивным параличом с выраженными психическими расстройствами. Основанием для этого послужили предварительно проведенные им наблюдения: лихорадочные состояния с подъемом температуры облегчали течение психических заболеваний. «Приступы» малярии являлись своеобразной раздражающей терапией, оказавшейся высокоэффективной прежде всего при прогрессивном параличе, а также при сифилитическом поражении центральной нервной системы и в некоторых других случаях. В 1927 году Вагнеру-Яурегту была присуждена Нобелевская премия.

Одна из следующих по времени попыток активного врачебного вмешательства связана с именем И. П. Павлова. Он теоретически и практически доказал, что ряд психических расстройств ослабевает и даже совсем исчезает после длительного сна. Павлов считал, что и при наиболее тяжелых болезнях (прежде всего при шизофрении) существует функциональная фаза, когда еще нет грубых «поломок» механизмов мозга и все имеющиеся изменения полностью обратимы. По мнению Павлова, длительное торможение нервных процессов здесь приобретает важное защитное качество как для нервной системы в целом, так и для отдельных ее клеток, которые перестают воспринимать раздражение внешней среды. Помочь организму путем искусственно создаваемого и поддерживаемого охранительного торможения — в этом ученый видел основную задачу лечения психических расстройств.

Были предложены различные снотворные препараты или их смеси, действие которых продолжалось несколько дней. Применялся и непрерывный, и прерывистый сон. Сам Павлов в марте 1935 года на собрании своих сотрудников привел историю больного шизофренией, который два года находился в беспокойном отделении. Он часто застывал в одной позе, почти ни с кем не разговаривал, мучился от устрашающих, сноподобных переживаний. Десятидневное лечение сном способствовало значительному улучшению.

Несмотря на отдельные успехи, массовая «снотерапия» не оправдала возлагавшихся на нее надежд. И если сейчас она применяется редко и у строго ограниченного числа больных, то сам павловский принцип охранительного тормо-

жения не изжил себя и стал ведущим обоснованием для создания «защитной» обстановки в психиатрических больницах.

В 1936 году австрийский врач Закель использовал небольшие дозы инсулина[1], надеясь каким-то образом повлиять на обменные процессы в организме наркоманов и хоть как-то облегчить им тяжелое общее состояние, сопровождающее прекращение приема наркотиков. Однажды он обратил внимание на то, что при случайной передозировке инсулина у некоторых больных на короткое время наступает потеря сознания, которое тут же возвращается, если в кровь или в желудок ввести глюкозу. После этого исчезает имевшееся ранее психомоторное возбуждение. Исходя из этого, Закель решил провоцировать бессознательные (коматозные, шоковые) состояния и у психически больных, надеясь таким способом добиться успокоения. Предвидение его оправдалось, и вскоре инсулиношоковая терапия получила всеобщее признание в большинстве развитых стран.

История этого метода позволяет говорить о случайности в «нащупывании» его психотропного действия. Ни Закель, ни его ближайшие последователи не предполагали заранее, какой эффект даст инсулин,— они пробовали. Конечно, пробовали не на «пустом месте» — был клинический опыт, умение видеть и сравнивать, анализировать, иначе Закель не смог бы провести параллели между психическими нарушениями у наркоманов и у других больных и его метод не стал бы достоянием практики. Так что говорить о том, что инсулин случайно вошел в арсенал средств активного наступления на психозы, вероятно, можно лишь с оговоркой.

После подтверждения эффекта инсулиношоковой терапии не было недостатка в попытках его интерпретации. В основном высказывались две концепции.

Во-первых, предполагалось, что инсулинотерапия создает условия для распада и выделения из организма неизвестных еще токсических продуктов, «виновных» в болезненном процессе (дезинтоксикационное действие инсулина). Однако если бы это было так, то «обезвреживание», видимо, можно было бы осуществлять, не прибегая к грубым «шоковым»

---

[1] Инсулин — гормон поджелудочной железы, имеющий большое значение для углеводного обмена в организме. Попадая в кровь, инсулин способствует уменьшению содержания сахара, благодаря этому широко применяется для лечения диабета. Наряду с другими гормонами инсулин активно участвует в регуляции важнейших жизненных процессов.

перестройкам. Результат же от применения малых и средних «дошоковых» доз значительно ниже. Для лечебного эффекта необходимы именно шоковые состояния.

Во-вторых, считалось, что тяжелые психические болезни обусловлены прежде всего нарушением нормальной деятельности головного мозга, из-за чего, с одной стороны, появляются патологические рефлекторные связи в коре больших полушарий, с другой — исчезают нормальные. При сильной «встряске» в первую очередь, как наиболее чувствительная, поддается перестройке центральная нервная система. Возникают определенные возможности для прекращения образования нестойких болезненных связей и возобновления нормального функционирования мозга.

Забегая несколько вперед, следует сказать, что ряд других методов активной терапии (прежде всего электрошок) оказывается результативным только тогда, когда порождает «бурную реакцию». Исходя из этого можно предполагать, что лечение как инсулином, так и другими «шоковыми» методами благоприятно воздействует на неизвестные еще биологические механизмы, вследствие чего происходит их перестройка, способствующая в конце концов терапевтическому эффекту.

По поводу инсулина до настоящего времени идут теоретические споры, и приходится употреблять неопределенные выражения, вроде «какие-то возможности» или «неизвестная еще перестройка». Но клинический опыт, умение выбирать те случаи, когда нужна именно инсулинотерапия, практика ее проведения намного обогнали теорию. Выявлены некоторые закономерности в стадиях наступления шока, своеобразии общих реакций организма в каждой из них, допустимых осложнениях и их профилактике, необходимых дозировках, продолжительности лечения и другие. В частности, установлено, что инсулин надо назначать в медленно нарастающих дозах, подбирая то минимальное количество препарата, которое вызывает требуемую реакцию.

Именно клинический опыт, сравнение с действием других средств позволяют ставить вопрос об индивидуальном подходе к назначению инсулинотерапии. Многие научные статьи врачей-психиатров, дискуссии, конференции, описание фактов — все это золотой фонд психиатрии сегодняшнего дня. Только основываясь на умении видеть и дифференцировать психические нарушения и научившись их изменять, можно идти дальше — искать основные причины психозов и методы их целенаправленного излечения.

Почти одновременно с инсулиношоковой в 1935 году венгерский психиатр Медуна предложил судорожную терапию. У истоков и этого способа вновь стояли практический опыт и наблюдательность врача. Дело в том, что у больных шизофренией почти никогда не бывает судорожных припадков, а у людей, страдающих эпилепсией, как правило, не бывает шизофренических психозов. Казалось бы, довольно броский факт, о котором знали некоторые врачи и до Медуна, но никто, кроме него, не увидел в этом антагонизма и не решил им воспользоваться для лечения шизофрении. Кроме собственного впечатления, у Медуна не было других научно обоснованных предпосылок. И здесь так или иначе имел место элемент случайности.

Чтобы вызывать судорожные припадки у больных шизофренией, предлагались различные вещества — камфора, коразол, углекислый аммоний и другие. Получались неплохие результаты. Однако появление «заменителя» камфоры и коразола — электросудорожной терапии очень быстро ограничило использование медикаментов, вызывающих судорожные состояния.

Электросудорожная терапия (электрошок) была введена в практику в 1937 году. Суть ее в том, что через голову больного кратковременно пропускается строго дозированный и безопасный для жизни электрический ток. Для этой цели сконструированы специальные приборы — электроконвульсаторы. Судороги, в конечном итоге улучшающие психическое состояние, наступают сразу же после включения аппарата, что дает возможность избежать ряда подготовительных процедур и тем самым — страха больных перед лечением и других неприятных переживаний.

В последние годы перед электрошоком вводятся препараты, снимающие мышечное напряжение, и «судорожный припадок» протекает, по существу, без судорог. Этот метод борьбы с тяжелыми формами психозов, подобно инсулинотерапии, не утратил своего значения и поныне. Однако рамки его значительно сузились благодаря психофармакологии.

Внешне все «шоковые» приемы, конечно, малопривлекательны: провоцируется потеря сознания, судорожные припадки и пр. Сами больные, их родственники, а нередко и врачи других специальностей боятся их и считают негуманными. Но в медицине понятие о гуманности приобретает свой особый смысл. Любую хирургическую операцию можно рассматривать с точки зрения того, что человека режут,

он теряет кровь, у него удаляют часть какого-то органа и т. д. Любой сильнодействующий медикамент, вызывающий тошноту или другие побочные ощущения, можно расценивать как «отраву», которую прописывает врач. А ведь и хирург, и врач, назначающий «ядовитое» лекарство, проявляют высшую степень гуманности — они не дают человеку умереть, лечат его, может быть, и не совсем внешне «красиво». Так же надо относиться и к «шоковой» терапии, видя в ней прежде всего конечную цель — избавление больного от психоза.

Как хирурги, терапевты, рентгенологи и многие другие врачи, психиатры, обладая профессиональными знаниями и навыками, пользуются своим острым оружием обдуманно и осторожно. В настоящее время доказано, что ни инсулиновый, ни медикаментозно вызванный, ни электрошок не приводят к необратимым структурным изменениям в мозге или в каком-либо другом органе, поэтому все их «бурные» проявления безопасны и бесследно исчезают.

Говоря о применении этих методов, необходимо учитывать и еще одну сторону в оценке их «пугающего» действия. То, что волнует и тревожит здорового человека, для многих психически больных, у которых все переживания нередко сосредоточены на той или иной бредовой идее или которые целиком находятся во власти галлюцинаций, практически безразлично.

В ряду методов лечения психически больных и специальная мозговая хирургическая операция — лоботомия.

В середине 30-х годов нашего века ученые подметили, что у нескольких людей значительные поражения лобных областей головного мозга в результате несчастного случая не повлекли за собой резких изменений в поведении. Это побудило провести эксперименты на обезьянах. У одной молодой самки шимпанзе, отличавшейся частыми приступами безудержной ярости и злобы, оперативно удалили лобные доли мозга, после чего она стала спокойной, ласковой и дружелюбной. Эти данные были приведены в 1935 году на Международной неврологической конференции в Лондоне. Присутствовавший там португальский исследователь Мониц решил применить аналогичную операцию для лечения беспокойных психически больных. При этом предполагалось, что изоляция лобных долей прекратит распространение патологических стимулов, расстраивающих психические функции.

В январе 1936 года в лиссабонской психиатрической

больнице сделали двадцать таких операций[1]. До того у всех больных наблюдались тяжелые и длительные проявления психозов. После оперативного вмешательства возбуждение, бредовые и галлюцинаторные переживания уменьшились. Но наряду с этим появилась некоторая медлительность, вялость, равнодушие, безынициативность — то есть общая тупость. Хотя положительные и отрицательные последствия операций (они стали называться фронтальной лоботомией или фронтальной лейкотомией) были отмечены уже у первых двадцати пациентов, воображение исследователей захватили лишь благоприятные результаты. Множились последователи Моница, огромное количество научных статей утверждали новое направление в медицине.

Надо заметить, что этот способ лечения психозов тоже вошел в практику случайно. Какие точно пути в мозге пересекались, почему надо было перерезать именно их, какие перестройки совершались в мозговой деятельности — это те вопросы, на которые точного ответа наука не может дать и сейчас.

Однако между лоботомией и другими методами активной терапии психозов есть существенное различие. Ни длительный сон, ни инсулин, ни электрошок не вызывают структурных, необратимых нарушений мозга. Они «затрагивают» уровень функциональных, легко управляемых врачами расстройств во всем организме в целом и в головном мозге в частности. При лоботомии же хирург должен вмешиваться в структуру мозга и исправлять, изменять ее, не зная, по существу, патологического участка, хотя и предполагая, что основа болезни заключена именно в данной области. Видимая простота и безопасность операции позволили довольно быстро и широко внедрить ее в практику. И все же время показало, что выявленное уже у первых больных «отупение», полная эмоциональная инертность наносят порой больше вреда, чем пользы. Дело не только в непосредственном эффекте операции. Рубцовые изменения, «посягательства» на целостность мозга создают у некоторых больных стойкое органическое его поражение, что затрудняет лечение другими средствами, а в ряде случаев вообще делает его невозможным. В Советском Союзе лоботомия в последние годы совер-

[1] Мониц не удалял полностью лобные доли мозга, как это было в экспериментах на обезьянах, а вырезал лишь отдельные их «куски», чтобы «разорвать» нервные пути, связывающие лобную часть с остальным мозгом, и тем самым изолировать неудаленные лобные участки.

шенно не применяется. В зарубежных странах, да и то очень редко, ее назначают «хроникам», когда все остальное уже не помогает.

Все перечисленные методы активного лечебного вмешательства в течение психозов имеют теперь лишь вспомогательное значение, ведущее же место занимает психофармакология, заслуживающая того, чтобы о ней рассказать подробнее.

ПСИХОФАРМАКОЛОГИЯ

Под этим популярным ныне в медицине термином понимается учение о действии различных медикаментов на болезненно измененную психику человека. Причем надо иметь в виду, что современные психофармакологические вещества обладают рядом коренных отличий в сравнении с лекарствами, которые употреблялись раньше. Например, стимулятор высшей нервной деятельности — кофеин или снотворные средства способны к сильному, но кратковременному эффекту. Психофармакологические же препараты стойко и длительно «контролируют» психические расстройства.

В поисках лекарств против заболеваний, во время которых в организме появляется избыток особого вещества — гистамина, во Франции в конце 40-х годов синтезировали целый ряд препаратов, нейтрализующих его излишки. В химическом отношении это были производные фенотиазина — класса соединений, обладающих очень большой биологической активностью. Неожиданно для себя экспериментаторы увидели, что введение этих препаратов животным вызывало у них заторможенность и сон. Наиболее сильным «успокоителем» оказался аминазин. Примерно такие же свойства обнаружили медикаменты, полученные из давно известного растения Rauwolfia, в первую очередь резерпин. Применяя его для лечения гипертонии, терапевты заметили, что у многих больных появляются «странное спокойствие», вялость и сонливость. Это навело на мысль попробовать резерпин в психиатрии.

Нечто подобное было с введением в лечебную практику транквилизаторов и антидепрессантов. Первый транквилизатор мепробамат и группа ныне наиболее распространенных успокаивающих средств типа феназепама, элениума и седуксена поначалу заявили о себе как о средствах, снижающих мышечный тонус, что очень важно при лечении целого

ряда заболеваний. Однако оказалось, что у этих препаратов мощное противотревожное действие, что и послужило основанием для их назначения больным с невротическими расстройствами. В разгар изучения производных фенотиазина для синтеза эффективных нейролептических препаратов был создан имипрамин (мелипрамин), снимавший у больных депрессию и послуживший родоначальником новой группы психотропных лекарств — антидепрессантов.

Таким образом, психофармакология родилась в значительной мере случайно. Но, вероятно, это была одна из последних случайностей, открывшая новое направление в терапии психозов. Стало возможным говорить о целенаправленных, заранее предусматриваемых вмешательствах в болезненное безумие, и в наши дни укрепляется истинно научный подход к лечению психических заболеваний.

Дело в том, что как только были опубликованы сообщения о первых успехах, связанных с психофармакологическими препаратами, сотни ученых занялись их всесторонним исследованием. Множилось число новых средств, близких по строению к аминазину, мепробамату, элениуму, имипрамину, которые быстро изменили всю тактику борьбы с психозами. В настоящее время считается общепризнанным, что психотропные препараты принесли наиболее значимые за всю историю психиатрии реальные достижения. Они произвели переворот в психиатрии, позволили вывести ее на дорогу клинической медицины, создали предпосылки для развития так называемой биологической психиатрии, способствовали изменению структуры психической заболеваемости и организационных основ медицинской помощи психически больным Например, в США на протяжении 10 лет, предшествовавших 1956 году (году введения в практику первых психофармакологических препаратов), количество больных в психиатрических клиниках возрастало ежегодно на 10—12 тысяч, в первый же год применения психотропных средств оно снизилось на 7 тысяч. В психиатрических больницах этой страны в 1955 году насчитывалось до 560 тысяч постоянных пациентов, в 1973 году — 248 562 человека, или меньше на 56 процентов. Во Франции ежегодное пополнение стационаров сократилось с 7 процентов в середине 50-х годов до 0,4 процента — в 1966-м. Аналогичные сдвиги в сторону снижения численности стационарных больных, значительного уменьшения срока пребывания их в больницах при одновременном расширении амбулаторных форм лечения наблюдаются в структуре

психической заболеваемости разных стран. Причем это происходит, как уже отмечалось, несмотря на увеличение, а не снижение общего числа людей с психическими болезнями.

Терапевтические успехи меняют и отношение к самой психиатрии. Еще недавно отсутствие точных характеристик, применение лишь описательного метода, неумение серьезно объяснить наблюдаемые факты делали ее в какой-то мере беспомощной. Психофармакология вложила в руки врачей надежное оружие.

В создании новых и расшифровке действия уже открытых медикаментов принимают участие химики-синтетики, математики, биохимики, специалисты в области химической физики, другие ученые. Они пользуются точными методами, имеющимися на вооружении их наук. Благодаря этому экспериментальная и клиническая психофармакология оснащена тонкими приборами и остроумными установками, позволяющими не только видеть, но и считать различные показатели болезненных проявлений. Однако ведущее место в психиатрии по-прежнему занимают клинические исследования. Психиатры достаточно хорошо уже научились группировать проявления психозов, предвидеть закономерности перехода одного этапа болезни в другой и ее исход. Без этого нельзя идти дальше и пытаться определять сущность психических нарушений самыми современными экспериментальными новинками. В центре научной психиатрии вообще и психофармакологии в частности продолжает оставаться врач-психиатр, человек, от которого требуются и безукоризненные знания, и значительные усилия для объединения различных специалистов в увеличившейся армии борцов с безумием.

Теперь все меньше и меньше людей пугает психиатр и больница, где он работает, все чаще вместо слова «псих» говорят «психически больной» и не вычеркивают его из жизни, а надеются на выздоровление.

Значение психофармакологических препаратов выходит за рамки чисто терапевтического эффекта. Ученые получают принципиально новые возможности для естественнонаучного познания психической деятельности человека, изменяющейся под влиянием медикаментов. Проблема химическое вещество с психотропной активностью — психическая деятельность человека находится в центре внимания разных биологических наук, представляет интерес и для медицинской этики (деонтологии), социологии.

Какие же препараты относятся к психофармакологическим, чем они характеризуются?

По особенностям своего влияния основные психотропные средства (а их в настоящее время насчитывается несколько сотен, хотя широко применяются лишь десятки препаратов) разделяются, как уже понял читатель, на две большие группы — успокаивающие (нейролептические и транквилизирующие) и активирующие (антидепрессивные и стимулирующие).

Нейролептики быстро «утихомиривают» возбужденных больных, не погружая их при этом в длительный сон.

...Однажды к приемному отделению психиатрической больницы подъехал автомобиль «скорой помощи». Сидевшие в машине два санитара едва удерживали высокого широкоплечего мужчину. Он пытался вырваться, рубашка и пиджак были порваны, по лицу катились крупные капли пота. Человек на мгновение неподвижно застывал, а потом, собравшись с силами, дико, с гримасой ужаса начинал кричать какие-то непонятные слова. Его крик был настолько душераздирающим, что даже «невозмутимые» работники приемного отделения выбежали на улицу. Больного с трудом привели в кабинет. Увидев письменный стол и сидящую за ним медицинскую сестру, он, подобно загнанному зверю, попятился назад и вдруг с неукротимой яростью сумел оттолкнуть санитаров и бросился к сестре. В долю секунды он перевернул стол и, содрогаясь всем телом, дрожащими руками схватил испуганную девушку за плечи. Санитарам удалось разжать его пальцы. На обращения к нему больной не отвечал и, казалось, не слышал, о чем его спрашивают.

Надо было предпринимать какие-то срочные меры. В тот день я был дежурным врачом и попросил, чтобы подготовили шприц с соответствующей дозой эффективного нейролептического препарата. Спустя полчаса после укола необходимость удерживать больного отпала. Тяжело дыша, уставившись в одну точку, он спокойно сидел на скамейке.

Я подошел, положил руку на плечо:

— Что вас беспокоит?

Он подозрительно, с опаской посмотрел на меня и ничего не ответил. Когда через некоторое время его перевели в палату, лег на кровать и продолжал тревожно осматриваться. Пришлось еще раз ввести нейролептик, на этот раз это было сделано уже без всякого сопротивления. Вскоре больной уснул.

На следующее утро он молчаливо стоял в коридоре. Здо-

ровавшись, я протянул руку. Он быстро окинул меня взглядом, повернулся и отошел в сторону. В течение нескольких дней этот человек еще оставался крайне подозрительным ко всему окружающему, не вступал в разговоры, хотя соблюдал режим, выходил вместе с остальными в столовую и в сад. Возбужденного безумия больше не было.

Упорное лечение нейролептическими препаратами в скором времени способствовало дальнейшему улучшению состояния. Больной рассказал, что в тот момент, когда его везли в больницу, он как бы находился в огненном кольце. Пламя бушевало вокруг автомашины, сидящие рядом с ним санитары говорили о том, что привезут его и бросят в «самый жаркий, тысячеградусный, неземной костер». Медицинская сестра была «главным палачом ада». Постепенно характер переживаний изменился — он продолжал видеть «картинки ада», но они уже не волновали его, он как бы сделался «безразличным зрителем». Иногда больному представлялось, что пламя «небесного костра» бушует где-то рядом, тогда он протягивал руку к «огненным языкам» и при этом был совершенно спокоен. Лекарства «отсекли» страх и тревогу.

«Психофармакологические успокоители» исправляют механизмы собственно психических нарушений. Успокоение наступает не в силу «сковывающего», выключающего сознание снотворного действия, а качественно иначе — из-за ослабления основных компонентов болезни. При длительном курсовом лечении большинство симптомов многих, в том числе острых и затяжных, психических расстройств полностью исчезает. В частности, и этот больной через два месяца вернулся к трудовой деятельности. О своих переживаниях он вспоминал неохотно, как о «страшном сне».

Благодаря ярко выраженному успокаивающему эффекту некоторые нейролептики стали медикаментами «скорой психиатрической помощи». Именно они в полной мере заменили цепи, смирительные рубашки и другие принадлежности больниц прошлого века.

Действие транквилизирующих препаратов направлено против иных, главным образом, невротических состояний.

...В больницу привезли внешне очень спокойного, рассудительного человека. Обращала на себя внимание постоянная осторожность, боязливость его движений. Он неуверенно ходил по палате, опираясь на палку или держась за спинки кроватей, часто хватался за грудь, уверяя, что у него останавливается сердце, и вызывал всеобщее сочувствие. За глаза о нем говорили как об очень тяжелом «сердечном»

больном и удивлялись, почему его поместили не по адресу.

Задыхаясь, человек рассказывал о том, что у него сердечное заболевание, которое началось несколько лет назад с острого приступа. С тех пор он, еще совсем недавно полный сил и планов сорокалетний инженер, помня рекомендацию одного из врачей следить за своим здоровьем, начал постоянно наблюдать за пульсом, дыханием, «прислушиваться» к малейшему болезненному ощущению и тут же шел к врачу. У него действительно находили, правда незначительные, изменения на электрокардиограмме и в других объективных показателях сердечной деятельности. И хотя все эти показатели не менялись, больной чувствовал себя все хуже и хуже. Он постоянно лежал в кровати, уверенный, что может умереть от «разрыва сердца». Врачи-терапевты вынуждены были перевести его на инвалидность и освободить от работы. Последние два года он провел в лечебницах и санаториях. Интенсивное лечение, к удивлению врачей, не давало никакого результата. По выражению одного из них, записанному в истории болезни, «страх и тревога за здоровье перекрывали действие самых мощных сердечных препаратов».

При общении с больным, о чем бы ни начинали разговор — о погоде или об очередном запуске космического корабля, он обязательно старался свести все к своему здоровью: «Да, сегодня жарко, поэтому усилилось сердцебиение». Или: «У космонавтов, должно быть, очень хорошее сердце, у меня же сердце работает еле-еле; стоит пешком подняться по лестнице только на второй этаж, как я умру от удара...»

Посоветовавшись, мы решили отменить все многочисленные сердечные лекарства, которые принимал инженер, и назначить один из транквилизаторов, но ничего об этом не говорить.

Спустя несколько дней он отметил, что стало значительно спокойнее, «улучшился пульс», сердце перестало «так жутко биться». Все это больной связывал с действием нового «сердечного» средства. Через две недели появилась бодрость, наш пациент сказал, что впервые за последние годы поверил в возможность выздоровления. А спустя еще месяц была снята инвалидность, и он вскоре вернулся на работу. При этом имевшееся не резко выраженное сердечное заболевание, конечно, осталось, но волнение, страх и тревога за здоровье значительно снизились.

Известные у нас в стране феназепам, элениум, седуксен,

триоксазин и другие медикаменты транквилизирующего «профиля» с успехом применяются не только в психиатрической, но и в общемедицинской практике. При лечении самых различных видов повышенной нервности они буквально «воодушевили» медицину. За последние годы благодаря им «встали на ноги» многие ранее казавшиеся неизлечимыми больные.

Вторая группа психофармакологических препаратов способствует своеобразной стимуляции и возбуждению психической активности, подавленной в результате заболевания, устраняет депрессию, усталость и повышает умственную и физическую работоспособность.

По особенностям действия препараты этой группы подразделяются на антидепрессивные и психостимулирующие. Особенно велика роль антидепрессантов, обладающих «прицельным» терапевтическим влиянием на одно из наиболее частых психических нарушений — депрессию.

...Предо мной женщина в скорбной позе, больничный халат небрежно расстегнут, волосы давно нечесаны. Она сидит, низко наклонив голову, говорит еле слышно, почти шепотом. Иногда поднимает голову, и тогда я вижу наполненные тоской глаза, нахмуренные брови, преждевременно старящие глубокие морщины на лице. Ночью больная пыталась задушиться в палате своим чулком...

— Марина Николаевна, зачем вы это сделали?

Молчит.

— Обидел вас кто-нибудь?

Отрицательно качает головой.

— Что же случилось?

После длительной паузы медленно говорит:

— Не знаю, доктор. Что-то давит вот здесь (показывает на грудь), будто ком какой-то, тоска ест, сил моих больше нету...

В течение полугода у женщины нарастало тоскливое настроение, она перестала встречаться со знакомыми, плакала и никому не могла объяснить причину своей депрессии. Назначаемые ей в поликлинике транквилизирующие и другие успокаивающие препараты ничего не меняли. Родственники вынуждены были привезти ее в психиатрическую больницу. Внешне Марина Николаевна совсем не походила на возбужденную больную, но требовала не меньшего внимания, ухода и надзора. То, что в первую же ночь пребывания в больнице последовала попытка покончить с собой, подтвердило мнение врача, который направил ее не в спокой-

ное, санаторное отделение, о чем просили родственники, а к тяжелым больным, где больше возможностей для наблюдения со стороны специально подготовленного персонала.

При лечении одним из наиболее мощных антидепрессантов состояние Марины Николаевны начало улучшаться. Постепенно она становилась спокойной, и наряду с этим, по словам больной, вернулись утраченные во время болезни «душевный покой, способность трезво оценивать окружающее, радоваться и наслаждаться жизнью». Когда Марина Николаевна выписывалась из больницы, от смертельной тоски и гнетущего настроения не осталось и следа.

Средства, стимулирующие и тонизирующие психическую деятельность, могут применяться не только при нервных и психических заболеваниях, но и при всех болезненных расстройствах, сопровождающихся упадком сил (астения), повышенной утомляемостью, вялостью и сонливостью. Они улучшают концентрацию внимания, ускоряют мышление, обостряют память, вызывают ощущение физического «комфорта», прилив бодрости. Терапевтический эффект современных психостимуляторов обычно носит временный характер. Это не позволяет рекомендовать их для длительного, а тем более систематического приема.

Особую группу психотропных средств составляют так называемые ноотропы (от греческих слов ноос — разум и тропеин — стремление) и ряд других препаратов метаболитического действия. Их создание и внедрение в практику лечения больных с нервными и психическими заболеваниями отражает качественно новый уровень современной психофармакотерапии. Разные по химической структуре и механизмам действия, они обладают единой конечной «точкой приложения» в центральной нервной системе: непосредственно вмешиваются в обменные процессы в нервных клетках и значительно улучшают «энергетические» возможности интегративной функциональной деятельности головного мозга, особенно после травм, инфекций, интоксикаций. Поскольку все это в той или иной мере определяет первопричины многих психических расстройств, нормализация влечет за собой улучшение состояния при широком круге заболеваний. Поэтому такие препараты, как пирацетам (ноотропил), аминалон (гаммалон), пиридитол (энцфабол) и т. п., применяются как в сочетании с другими психофармакологическими препаратами, так и самостоятельно. Под их непосредственным влиянием при многих так

называемых «психоорганических синдромах» и ряде иных нарушений снижаются различные проявления повышенной утомляемости, вялости, улучшается память, возможность напряженной деятельности.

В последнее время теоретически и экспериментально активно исследуются олигопептиды, с развитием которых связывают будущее психофармакологии. Как известно, передача нервного импульса в центральной нервной системе реализуется с помощью особых химических веществ — медиаторов, выделяемых в синапсах — местах соединения нервных клеток. Первым таким веществом оказался ацетилхолин, потом были открыты норадреналин, серотонин, другие медиаторы. Наряду с этим последнее десятилетие принесло знания о многих регуляторах функций организма, объединяемых по химическому строению в группу малых пептидов. В головном мозгу уже обнаружено более 50 такого рода олигопептидов, и еще не совсем ясно, являются ли они нейромедиаторами (веществами, непосредственно передающими информацию от одной нервной клетки к другой) или нейромодуляторами (веществами, выделяемыми нервными окончаниями и воздействующими не непосредственно на соседнюю клетку, а на близлежащий участок мозга). Однако в структуре нервных образований есть и специфические рецепторы, реагирующие только на определенный олигопептид. Первая группа таких рецепторов, воспринимающая обезболивающие вещества типа морфина, была выявлена в 1973 году. Исследователи предположили наличие в организме внутренних эндогенных регуляторов, «управляющих» посредством подобных, направленных лишь на них рецепторов. И эта догадка вскоре подтвердилась. Отсюда возникла идея «скопировать» пептидные регуляторы и с их помощью при необходимости добиваться желаемого терапевтического эффекта. Сейчас уже синтезированы олигопептиды, снимающие боль, вызывающие сон, укрепляющие память, «приводящие в порядок» другие психические функции. На пути применения этих веществ сделаны пока первые шаги. Результативность от назначения новых лекарственных средств, скажем, больным шизофренией еще противоречива. И все же данный маршрут поисков сулит большие перспективы.

Все психотропные препараты — и нейролептические, и транквилизирующие, и антидепрессивные, и стимулирующие, и ноотропы — может прописывать только врач-специалист. Ему приходится выбирать именно то, что нужно этому

конкретному больному, для чего надо знать все особенности психических нарушений и все тонкости клинического действия медикаментов. Лишь при таком условии будет обеспечено целенаправленное и обоснованное психофармакологическое лечение.

Под «тонкостями клинического действия медикаментов» следует понимать и реальность появления осложнений, побочных эффектов. От врача это требует дополнительных знаний и совершенно исключает какую бы то ни было самодеятельность, иными словами — самолечение. Между тем опыт показывает, что некоторые лекарства, в основном транквилизаторы и психостимуляторы, становятся в последние годы весьма модными. Они выходят из-под врачебного контроля и с аптечных полок «перекочевывают» в дома здоровых людей, которые по собственному разумению ищут «медикаментозную защиту» от психотравмирующих ситуаций. Считается, что 1—2 процента населения развитых стран принимают успокаивающие препараты без медицинских показаний и врачебного назначения.

Для выяснения распространенности психофармакологических средств и их использования с целью самолечения был проведен анкетированный опрос 100 случайно отобранных больных с пограничными формами нервно-психических расстройств; они впервые стационировались в специализированную больницу. Оказалось, что 97 из них самостоятельно, на основании случайных советов и профессионально неквалифицированных рекомендаций медицинских работников употребляли психотропные лекарства. Срок варьировался от 10 дней до 6 месяцев. Преобладали транквилизаторы. Дозы обычно брались заниженные. У 82 из 97 больных временно нормализовался сон, подавлялись тревоги и страх, выравнивалась вегетативная регуляция и т. д., что затягивало их обращение к врачу и создавало иллюзию пользы самолечения.

Каждому, кто протянул руку за «модной» таблеткой, хотелось бы посоветовать остановиться и задуматься. Ведь даже для специалиста выбор психотропного препарата, его дозы, комбинации с другими лекарствами не прост и не бесспорен. Стоит ли малокомпетентному в этой области человеку испытывать судьбу и подвергать себя риску? Нужно ли вообще «подстегивать» естественные возможности своего организма в борьбе с первыми признаками болезни? Может быть, надо дать время им «сработать»?

Появляются у человека бессонница, раздражительность,

пониженное настроение. Но до какой-то поры он справляется с этим — находит в себе внутренние силы, чтобы изменить травмирующую его ситуацию, пережить первые «дуновения» невроза. Он пытается отвлечься от мрачных мыслей, борется с заболеванием. И вот кто-то посоветовал принять успокаивающую таблетку, кто-то привел к врачу. Вольно или невольно человек старается ответственность за свое состояние в определенной мере переложить на плечи медицины, надеясь на якобы чудодейственное влияние таблеток, гипноза, лечебного голодания...

Недавно вместе с другими специалистами меня пригласили в редакцию одной из газет для разговора о психофармакологии за «круглым столом». Журналист, проводивший беседу, с похвальной в этих случаях полемической заостренностью не раз ставил вопрос: можно ли создать такую «таблетку», чтобы проглотить ее и сразу исправить жизненный тонус или аномалии характера — перестать быть вспыльчивым, агрессивным, лживым, авантюристичным и прочее, не так близко принимать к сердцу всякие сложности, избавиться от внушаемости, неспособности к самостоятельным решениям? Иначе говоря, можно ли в принципе ликвидировать нравственные пороки или модифицировать хотя бы на время характер с помощью известных или ожидаемых в обозримом будущем препаратов? Собравшиеся начали рассуждать о роли воспитания, о культуре поведения, о необходимости владеть своими эмоциями, о ненужности и аморальности в связи с этим «таблеточного покоя» здоровым людям. Журналист, однако, был настойчив: все-таки можно или нет надеяться на лекарства? Он пояснял: при лености, дефиците времени, стечении неких обстоятельств, наверное, куда целесообразнее и проще вместо воспитательных и самовоспитательных мер сунуть руку в карман за таблеткой и стать в зависимости от требований спокойным или взволнованным, сонливым или чрезвычайно активным.

Нет, психофармакологический «бум», особенно среди здоровых,— явление неестественное, наносящее вред миллионам людей и отражающее порой слепую веру в «таблетку счастья». По словам известного французского терапевта, прием любого лекарства — риск отравления в собственных интересах. Это полностью относится к транквилизаторам и всем другим психотропным препаратам. Врач и его лечебные возможности — не панацея от бесчисленного количества напряжений и даже потрясений, подстерегающих нас в жизни. Сила воли, знания, упорство самостоятельность, созидаю-

щая деятельность — вот что должно предшествовать врачебному и «таблеточному» вмешательству. Что касается определения стратегии и тактики для каждого конкретного больного, то оно по праву может быть приравнено к научному исследованию, цель которого — поиск оптимального терапевтического результата. Индивидуальные «допуски» нормальной, а тем более болезненно измененной психики настолько многогранны, что никакие шаблоны в подборе препарата не допускаются. Все это служит мощным толчком для творчества психиатра. Работа врача стала сложнее, но намного интереснее, результативнее и вместе с тем ответственнее.

В этом отношении надо иметь в виду, что психофармакология может как подавлять болезнь, так и активизировать ее. Предположим, что больному с выраженной депрессией будет назначен не антидепрессант, а какой-либо нейролептик или больному с бредом и галлюцинациями будет дано стимулирующее средство. Нетрудно представить, что депрессивные проявления под воздействием нейролептической терапии, так же как бредовые и галлюцинаторные расстройства под воздействием стимулятора, не только не исчезнут, а, напротив, усилятся.

Новые «права и обязанности» психиатрии позволяют говорить о том, что значение психофармакологии в борьбе с психическими болезнями не исчерпывается практической ощутимостью ее результатов уже сегодня и несравненно больших, ожидаемых в ближайшее время; очень важно и то, что буквально на глазах вырастают мастерство, качество знаний и умение врачей-психиатров.

По чисто формальному признаку — преимущественному влиянию на психическую деятельность — к психофармакологическим средствам относят группу так называемых психотомиметических веществ, имитирующих, вызывающих болезненные процессы. В медицинской практике их применение в нашей стране категорически запрещено, однако для исследовательских целей их значение чрезвычайно велико. В частности, они помогают ученым искать биологические основы, например, бреда, галлюцинаций и других психических расстройств, а также пытаться в эксперименте с помощью лечебных средств изменять у подопытных животных отдельные, специально спровоцированные нарушения.

О том, как действует одно из таких веществ — мескалин, рассказывается в протоколе самонаблюдения (аутоэкспери-

мента), проведенного советским исследователем А. Б. Александровским еще пятьдесят лет назад[1].

«...11 час. 20 мин. Собственными руками отламываю острый конец ампулы, в которой находится раствор мескалина, после чего мне вводят 0,15 г чистого препарата. Затем я перехожу в другую комнату, где поступаю под наблюдение двух психиатров. Действие мескалина еще не наступило... Начинаю обдумывать план на случай затяжки «психоза». Как и что сообщить близким, не травмируя их. Другие вопросы, разрешение которых требует более длительного периода, как предстоящая через 3—4 дня лекция, беспокоят меня меньше, так как я знаю, что длительность действия мескалина не превышает 8—10 часов. В экспериментальную комнату входят еще 3—4 психиатра. Все они смотрят на меня, пытаясь уловить с присущей им психиатрической тонкостью кое-какой психопатологический феномен. Улыбка, шутка, даже обычное передвижение с места на место улавливаются ими, регистрируются. Я становлюсь центром внимания, слушаюсь и стараюсь быть сдержанным, не делать ничего такого, что может дать повод к истолкованию моего поступка как проявления психопатологии. Сознаю, что мескалин еще не действует. Единственно, что можно было отметить в этом периоде, этот усилившийся насморк. Заходит человек, не знакомый не только мне, но и большинству окружающих, знакомится со всеми и в последнюю очередь со мной, подчеркивая свое имя, отчество и фамилию. Это подчеркивание кажется мне подозрительным. Я понимаю, что это один из многих экспериментаторов, который через 1—2 часа спросит у меня свое имя, и если я забуду его, то обязательно отнесет это за счет психопатологии. Стараюсь запомнить. Проходит еще полчаса, но мескалин психопатологического действия не оказывает. Однако появляется легкая тошнота, насморк и шум в области затылка. С огорчением думаю, что мескалин не действует. Через 40 минут решаюсь ввести вторую порцию. Окружающие сомневаются, стоит ли это делать, но дают разрешение. На месте первого укола отмечается покраснение, значительная припухлость. Создается впечатление, что мескалин не рассосался, а «застрял» в подкожной клетчатке.

...12 час. 40 мин. В другую руку введен 1 мл раствора мескалина. Появившийся тут же инфильтрат медленно рассосался при массаже.

---

[1] А. Б. Александровский — известный советский психиатр (1899—1961), отец автора настоящей книги. *(Примеч. ред.)*

Возвращаюсь в экспериментальную комнату. Продолжаю оживленную беседу с окружающими. Насморк, шум в задней области головы усиливаются.

...13 час. 30 мин. Значительно выступают признаки подавленности. Меньше наблюдаю за окружающими, поглощен собой. Выхожу в соседнюю комнату, где сидят несколько врачей. На вопрос о самочувствии отвечаю: «Пока ничего», и задаю встречный вопрос, покраснело ли у меня лицо, ибо чувствую приливы крови к голове.

Одновременно ощущаю, как слезы наворачиваются на глаза. Стало стыдно. Вернулся в экспериментальную комнату. На заданный экспериментатором вопрос о самочувствии не отвечаю, ибо боюсь заплакать. Полулежа на койке, прикрыл глаза и заплакал. Испытываю какую-то внутреннюю тяжесть, состояние тяжелого переживания, но причины никак не могу найти. Такое состояние продолжается 2—3 минуты, после чего настроение быстро сменяется. Продолжаю беседу с окружающими. Разговаривать легко, но я стараюсь говорить медленно, обдумывая каждое слово и пытаясь сохранить спокойствие, хотя мне хочется говорить о многом. Уже в этом периоде появилось желание скрыть сознаваемые психопатологические феномены, ибо не хотелось очутиться в глупом положении. Не хватало слов для ответа. Некоторые слова выпадали, и начатое слово не мог закончить. Заметив это, присутствующие врачи стали спрашивать у меня свои фамилии. Я очень сконфузился, когда не мог вспомнить фамилию врача С., которого вижу каждый день на работе. Назвал только его имя, отчество и, мучительно вспоминая, только через 40—50 минут назвал фамилию. То же произошло с фамилиями других врачей. Текущие события рассказывал правильно. Состояние эйфоричное. Я шутил, и мне казалось, что все мои остроты очень удачны. Много говорил, хотя обдумывал каждое слово. Однако... внутри, или, как я выразился, моему соматическому «я», было крайне тяжело, и оно не соответствовало общей веселости, бодрости...

...По предложению психолога читаю какой-то рассказ. Читаю очень рассеянно, отвлекаясь, так как в это время вспоминаю забытые фамилии присутствующих. Читать было трудно, так как шрифт «ломался», отдельные буквы выходили из строки, то поднимаясь, то опускаясь. Общий смысл как будто улавливал. В это время, как и в дальнейшем, старался скрыть свои ошибки. Несмотря на многоречивость, контролирую свои действия и слова. Роль самонаблюдения и самоконтроля занимала большое место...

Незаметно для меня вошел близкий товарищ С. Я взглянул на него: лицо необычайно бледное, слегка приплюснутое. Взглянув на него, я заплакал. Причину своих слез объяснить не мог. Появилось какое-то моторное беспокойство. Начал ходить по комнате и обдумывать происходящее. Никак не мог сообразить, что происходит. Наконец вспомнил, что это действие мескалина, но мысли обрываются. Вспоминаются отдельные эпизоды сегодняшнего дня, но быстро исчезают.

Хочу прийти в себя, но не удается. Подхожу к дверям и начинаю петь. Поворачиваюсь, подхожу к С., несколько раз глажу его по голове, говорю: «Ну и дела». Хотелось быть понятым, ждал какой-то помощи. В это время мне показалось, что стена очень выпуклая, выбухает полукругом. Подхожу вплотную и вижу, что две стены, стоящие под прямым углом, все больше и больше приближаются друг к другу и стоящая в углу этажерка вот-вот будет раздавлена ими. Убираю этажерку, отхожу от стены и вижу, что обе стены, уменьшаясь, идут за мной, принимая полукруглую форму. Эти явления совершенно реальны для меня. Я мучительно хочу понять, в чем дело, хотя и сознаю всю нелепость происходящего. Возвращаюсь и ощупываю стены. Чувствую руками, что они находятся под прямым углом, но стоит мне только отойти, как все принимает прежний извращенный вид: стены начинают сходиться, мне становится страшно.

На стене висит картина в раме, изображающая лес в зимнюю пору. Картина более ярка, чем обычно, но это не поражает, бросается в глаза лишь рама — уж очень она широка (примерно в 4—5 раз шире обычной). Я ощупываю ее руками и убеждаюсь в том, что она не увеличена. Я отхожу от нее, и рама принимает извращенную форму. Комната становится то более широкой, то более узкой, непрерывно меняя свои очертания... Отмечаю необычный наплыв мыслей. Вспоминаются давно забытые сцены, переживаю давно прошедшие события. Все они в основном относятся к тяжелым, трудным минутам жизни. Мысли текут необычайно быстро, и я не пытаюсь задержать их, управлять ими, хотя не говорю с окружающими о вещах, которые вспоминаю, ибо хочу многое скрыть. Контроля над речью не теряю, несмотря на то что испытываю желание все рассказать и вызвать сочувствие окружающих... Решил написать письмо. В течение 3—4 минут не мог начать. Лист бумаги казался уж очень большим, размеры ручки превышали обычные. Я приступил к письму, и тут возник ряд трудностей. Я хотел написать слово «Валя», но пока писал «Ва», буква «а» улетела в сторону окна. Не понимая, в чем

дело, я встал и пошел в обратную сторону, к дверям, чтобы мысленно поймать улетевшую букву. Поймав ее, возвращаюсь к столу и дописываю. Вижу: буква на месте. Буквы растут здесь же, одна больше, другая меньше, непрерывно скачут. С трудом заканчиваю письмо. Как оказалось в дальнейшем, в письме не было никаких искажений. Двигательное беспокойство проходит. Ложусь на койку. Входят несколько врачей, и среди них психолог Б. Я узнаю ее, но она какая-то «обновленная». Лицо очень яркое, с тонкими чертами, смуглое, полное печали, большие черные брови нависли над глазами, волосы длинные.

16 часов... Безучастное отношение окружающих отталкивает меня от них. Я замыкаюсь в свой внутренний мир. Мне хочется быть одному, уйти от всех, ибо никто все равно не поймет испытываемой мною психической боли одиночества. В результате всего этого возникает резкая подавленность. Сознание одиночества, чувство печали возрастают в связи с тем, что окружающие, не понимая меня, задают мне вопросы, которые я воспринимаю как любопытство черствых, бесчувственных людей. Приходишь буквально в ярость, когда в такой момент тебя вдруг спрашивают: «Не хотите ли сыра?» Злишься и думаешь: разве можно задавать такие вопросы тому, кто нуждается, чтобы ему помогли уйти от тяжелых психических переживаний? И наряду с этим мне хочется шутить, болтать, рассказывать комические истории о присутствующих здесь психиатрах, иронизировать над ними. Свое состояние представляю как состояние пьяного человека, потерявшего всякий стыд. Мысли текут необычайно быстро, сменяясь и как бы напластовываясь, обгоняя друг друга. Вспоминаются картинки из далекого прошлого, из детских лет, связанные скорее с неприятными моментами. Они возникают и исчезают с кинематографической быстротой, в результате остаются какие-то обрывки, а в итоге пустота, нет ничего цельного.

Появляется врач Э. Я охотно беседую с ним, шучу. Уж очень смешным кажется мне его тонкое лицо, а главное, коротенькая жилетка, которая становится все короче и, наконец, поднимается кверху. Пуговицы соответственно так же уменьшаются, а пиджак не изменяется. Закрываю глаза и вижу, что сидящая в комнате врач С. удаляется от меня, уменьшаясь в размерах, приобретая вид маленького ребенка, пухленького, с толстыми щечками. Я открываю глаза, и картина меняется: врач С. такая же, как всегда. Я рассказываю об этом. В эти минуты при закрытых глазах мне казалось, что

уловить какую-нибудь закономерность в этом движении невозможно. В вихре движения я как бы плаваю в безвоздушном пространстве, не чувствуя ни рук, ни ног, ибо они очень легкие. Все это происходит при открытых глазах...

...Охотно отвечая на вопросы, задаваемые мне со всех сторон, испытываю злобу. Мне кажется, что на меня смотрят примерно так же, как на маниакального больного, зачастую привлекающего внимание своей болтовней.

Один из врачей, невропатолог, пытается «облегчить» мое состояние исследованием рефлексов. Мне кажется это диким, и я заявляю, что только невропатолог при помощи своей грубой методики может пытаться влезть в «душу» больного человека. Как мне казалось, я нахожу поддержку только в одном враче, который более искренно, чем другие, пытался заглянуть в глубь моего настоящего «я» и интересовался моими соматическими ощущениями. Поэтому я направляю к нему свои жалобы и пытаюсь найти объяснение, почему именно он понимает мою боль...

...Я пытаюсь уснуть, но окружающие мешают мне, несмотря на то что все они молчат. Слух мой необычайно обострен, и я прекрасно слышу даже скрип пера экспериментатора. В комнату входит все больше людей. В широко распахнутых дверях появляется А. На миг ее лицо как-то расплывается, принимая форму картины, прикрепленной к портьере, которая непрерывно колышется, как будто сзади дует ветер. При приближении А. все это проходит. Она садится напротив меня и вступает со мной в беседу. Мне хочется что-то сказать ей, но мысли бегут, как обрывки каких-то картин, быстро сменяя друг друга. Я не могу сосредоточиться. Я жму ей руку и говорю, что ищу близкого человека, который мог бы понять мою внутреннюю жизнь. Фигуру появившейся М. воспринимаю как удлиненную, вытянутую, однако при приближении ко мне воспринимаю ее нормально...

18 часов... Начинаю все больше и больше понимать себя. Внешняя эйфория постепенно «соединяется» с проходящей внутренней замкнутостью, болью, тоской. Я все помню и чувствую невероятную усталость, слабость. Клонит ко сну, но я боюсь, что усну и никто не будет следить за пульсом, хотя знаю, что острое состояние прошло...»

Еще через три часа эксперимент закончен. Исследователь пришел в себя, действие мескалина прекратилось. Вряд ли приведенное самонаблюдение нуждается в специальных комментариях. Оно достаточно наглядно показывает, что есть ядовитые вещества, которые могут временно вызывать пси-

хические нарушения. Вместе с тем сегодняшний борец с психическими болезнями, как и всякий активный борец, должен обладать смелостью, мужеством, идти на оправданный риск. Без этого вряд ли можно было ввести себе препарат, зная, что за этим последует.

Тот факт, что психотомиметические средства берутся в наши дни на вооружение наукой, позволяет вписать в летопись наступления на психические болезни еще одну впечатляющую страницу. Другое дело — когда они используются в неблаговидных, мягко говоря, целях. В газетах все чаще встречаются сообщения о создании в США и ряде иных крупных капиталистических стран специальных видов химического оружия, способного вызывать у людей нервно-психические расстройства и устанавливать «мозговой контроль». На секретных складах накапливаются препараты, предназначенные для психического воздействия на потенциального противника в случае войны, на внутренних врагов — демонстрантов и на заключенных (к ним мы еще вернемся). По свидетельству западногерманского журнала «Штерн», на складах федерального ведомства по гражданской обороне собрано 5 миллионов ампул и 6 миллионов таблеток транквилизаторов для «исправления» арестованных демонстрантов. По данным, опубликованным газетой «Вашингтон пост», с 1958 по 1975 год в химико-биологическом комплексе армии США Эджвуд (штат Мэриленд) 7 тысячам ничего не подозревающих американских военнослужащих был введен психотропный препарат «ЦАР 30 10 60», влияющий на двигательные функции человека и «дезориентирующий» его. В федеральной тюрьме Марион (штат Иллинойс) проводились эксперименты по воздействию на психику человека препарата «МК-ультра» (шифр МК в данном случае подразумевает «мозговой контроль»). К сожалению, перечень сообщений подобного рода может быть значительно расширен[1].

Все это с новых позиций ставит вопрос о социальной ответственности ученых, врачей, в том числе и психиатров, перед человечеством в настоящем и будущем.

О психофармакологии, особенно люди непосвященные, могут говорить с поэтическим пафосом — еще бы, таблетки регулируют святая святых, психическую жизнь человека! Для специалистов это предмет каждодневного напряженного труда, в котором пафос, как и в любом другом деле, остается за рамками непосредственных задач. Так происходит

[1] См.: Правда, 1983, 12 июля; Мед. газ., 1983, 15 июля.

отнюдь не потому, что среди психофармакологов нет поэтических натур,— исследования в молодой области знания требуют слишком много черновой, порой изнуряющей работы, наполненной и радостью успехов, и драматизмом неудач. За границами собственной жизни в науке у настоящего исследователя обычно не остается времени на созерцательный анализ. Участие, действие, эксперимент — это не взгляд со стороны, порождающий порой ошеломляюще громкие фразы.

Психофармакология сегодняшнего дня, если можно так сказать, стала вдумчивее и серьезнее. К этому ее привела не только тридцатилетняя отдаленность от первой увлеченности и успехов, когда были быстро созданы многие препараты, но и выявившиеся на практике их «незапланированные» недостатки. Некоторые лекарственные вещества выходят из-под врачебного контроля, все еще нет точного представления о механизмах их действия, способствующего ликвидации психических расстройств, и, наконец, далеко не полон в большинстве случаев терапевтический эффект.

Если еще несколько лет назад в мире ежегодно появлялось около 10 новых психотропных препаратов, то в последнее время — не более 1—2. Новинки нуждаются в тщательном экспериментальном изучении на животных, чтобы установить, во-первых, каков их специфический характер, чем они схожи и чем отличаются от уже имеющихся лекарств, а во-вторых, какова их токсикологическая сила. Предварительная токсикологическая проверка в принципе повторяет аналогичные испытания, которым подвергаются любые медикаменты, а вот определение особенностей психотропного воздействия на разных видах животных ставит ряд проблем. Это связано с тем, что моделирование патологических нарушений, вызывающих основные психические заболевания, и оценка их ликвидации благодаря введению того или иного препарата крайне затруднены. Исходя из сказанного, ясно, что значительно возрастает роль клинического изучения действенности предлагаемого средства при непременном высококвалифицированном контроле. К сожалению, в некоторых странах пренебрегают этим требованием, и широко рекламируемые сомнительные препараты внедряются в лечебную практику под нажимом фармацевтических фирм.

Совершенно неприемлемы и укореняющиеся на Западе попытки проводить клинические испытания на заключенных. В специальном сборнике «Исследования в области психиатрической терапии. Этические и юридические проблемы»,

изданном в Западном Берлине в 1978 году, содержится немало вопиющих фактов. В том числе и такой: у заключенных искусственно создавали экзогенные психические расстройства при помощи психодизлептиков и психостимуляторов, чтобы получить «модель» психоза и атаковать его испытуемым средством. Подобного рода «опыты» уходят корнями в то прошлое, когда врачи со свастикой осуществляли в концлагерях серию фармакологических экспериментов. Их деяния были сурово осуждены Международным трибуналом на Нюрнбергском процессе как преступления против человечества.

Можно понять беспокойство и настороженность общественности западных стран, если множатся трагические последствия поспешного применения «скороспелой» и малоизученной продукции фармакологии.

В конкурентной борьбе фармацевтические фирмы пускаются на всяческие ухищрения, пренебрегая порой законом и уж тем более меньше всего заботясь о здоровье, а то и о жизни людей. На мировом капиталистическом рынке сталкиваются примерно 5 тысяч компаний, производящих различные виды лекарств, с общей суммой оборота свыше 10 миллиардов долларов. В их распоряжении целая рекламная индустрия, обрушивающаяся как на практикующих врачей, так и на их нынешних и будущих пациентов. «Проталкивается» то, что ни по каким этическим нормам проталкивать нельзя. Сенатор Э. Кеннеди, ссылаясь на заключения экспертов, отмечает: в США ежегодно из-за неблагоприятных побочных лекарственных действий погибает от 60 до 140 тысяч человек. Несколько лет назад мир облетела весть о трагедии, какую вызвало применение успокаивающего препарата талидамида. Он был разработан в ФРГ фирмой «Хеми Грюненталь» и начал выпускаться английской фирмой «Дистиллерз компани», не искушенной в производстве медикаментов. Талидамид рекомендовался, в частности, беременным женщинам. И последствия были ужасны — рождались дети с разными уродствами. Число жертв составило, по некоторым данным, около 20 тысяч. Талидамидовая трагедия — наглядное подтверждение бесцеремонности предпринимателей, олицетворение конфликта между интересами медицины и коммерции.

В Советском Союзе существует строгая регламентация требований по отбору и проведению клинического испытания психотропных средств, что надежно защищает больного от непроверенных токсических и неэффективных веществ.

Вся работа по изучению новых препаратов доверена только самым квалифицированным учреждениям, контролируется и обобщается фармакологическим комитетом Министерства здравоохранения СССР. В материалах, обсуждавшихся на Международной конференции «За фармацевтическую промышленность и политику здоровья на благо человека», которая состоялась в Москве в ноябре 1981 года, специально подчеркивалось: главное отличие системы проверки лекарственных средств в СССР — ее общегосударственный характер.

Назначение психотропного препарата даже при первичном его изучении рассматривается прежде всего как вариант терапии больного, а не как экспериментальная акция. Больной — не испытуемый, а врач — не экспериментатор. И вряд ли тут можно увидеть принципиальные различия между методологическими и этическими проблемами психофармакологических испытаний новых лекарств и аналогичными аспектами терапевтической деятельности врача-психиатра. При этом следует иметь в виду, что особенности состояния больных, наличие бредовых, галлюцинаторных, эмоционально-аффективных и других патологических расстройств, а также некритичность многих к своему заболеванию исключает восприятие ими сведений о назначенном препарате. Это ограничивает возможность соблюдения этического принципа полной информативности больного о предстоящем мероприятии, осуществляющемся с его согласия, и накладывает повышенные требования на исследователей. Необходимые сведения, сообщаемые, с одной стороны. больным и их родственникам, а с другой — врачам, участвующим в клиническом изучении препарата, очевидно, не должны быть идентичны. В первом случае надо придерживаться рациональных границ, во втором — предоставлять исчерпывающую, компетентную и оперативную информацию, помогающую врачу-специалисту правильно оценить действие препарата.

...Достижения современной психофармакологии можно назвать большими, ибо нащупан подход к разработке фантастической «жилы» регулирования психической жизни человека. Новые препараты, новые терапевтические методы позволяют регулировать не столько механизмы уже развившегося заболевания и устранять причины болезни, сколько активировать процессы выздоровления. На этой основе подыскиваются необходимые «ключи» для лечения все большего числа больных. Тысячи из них вернулись к своим семьям, к созидательному труду. Но болезненное безумие не так-то

легко и просто победить. Успехи и теоретической, и практической психофармакологии — залог того, что будут до конца раскрыты механизмы психической патологии, станет возможным их «прицельное» исправление.

* * *

Диагностические, организационные и терапевтические возможности современной психиатрии дают широкую основу для профилактики и лечения психических расстройств. Их комплексное применение позволяет создавать и внедрять в практику различные системы реабилитации больных с психическими заболеваниями. В нашей стране в этом принимают участие не только психиатры, врачи самого разнообразного профиля и большой круг медицинских работников, но и психологи, социологи, юристы, экономисты. Благодаря этому определены меры, помогающие восстанавливать индивидуальную и общественную ценность каждого больного. Современный этап развития психиатрии, как, вероятно, могли убедиться читатели этой книги, характеризуется широким фронтом борьбы за психическое здоровье человека. Наступление на болезненное безумие продолжается.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Александровский Ю. А.

А46 Глазами психиатра.— 2-е, доп. изд.— М.: Сов. Россия, 1985.— 256 с., ил.

Где грань между психическим здоровьем и болезнью? Как отличить неправильности поведения здорового человека от клинических проявлений психического заболевания? Излечимы ли психические расстройства? Часто ли они возникают в наше время, когда научно-технический прогресс, освобождая человека от тяжелого физического труда, предъявляет повышенные требования к его вниманию, памяти, интеллекту?

Вот вопросы, которые нередко возникают у каждого из нас и над которыми автор — врач-психиатр, лауреат Государственной премии СССР, доктор медицинских наук Ю. А. Александровский — предлагает задуматься вместе с ним при чтении этой книги. Он знакомит с результатами исследований, направленных на выяснение одного из самых сложных вопросов естествознания — тайны психической деятельности человека, ее нормы и болезненных проявлений.

$А \frac{4124030600-051}{М-105(03)85} 50-85$ 61

Юрий Анатольевич Александровский

ГЛАЗАМИ ПСИХИАТРА

Редактор **М. С. Черникова**
Художественный редактор ***И. И. Рыбченко***
Технический редактор **Г. О. Нефедова**
Корректор **М. Е. Козлова**

ИБ № 2970
Сдано в набор 31.07.84. Подп. в печать 30.01.85. А12402. Формат $84 \times 108^1/_{32}$.
Бумага типографская № 1. Гарнитура обыкновенная новая. Печать высокая.
Усл. печ. л. 13,44. Усл. кр.-отт. 13,76. Уч.-изд. л. 14,61. Тираж 100 000 экз.
Заказ № 1328. Цена 75 к. Изд. инд. НА-172.

Ордена «Знак Почета» издательство «Советская Россия» Государственного комитета РСФСР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли.
103012, Москва, проезд Сапунова, 13/15.

Книжная фабрика № 1 Росглавполиграфпрома Государственного комитета РСФСР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли, 144003. г. Электросталь Московской области, ул. им. Тевосяна, 25.

Отпечатано с фотополимерных форм «Целлофот»

К ЧИТАТЕЛЯМ

Издательство просит отзывы об этой книге и пожелания присылать по адресу: 103012, Москва, проезд Сапунова, 13/15, издательство «Советская Россия».